CENA ZŁ 50

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Październik 1950 Nr 10



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR: ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY:

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, Blum-Bielicka Luba, dr Domańska Irena, dr Gosiewski Roman prof. dr Kasprzak Marcin, Łyżwańska Nonna, Rauowa Janina, Suffczyńska Jadwiga.

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

CENA ZŁ 50

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Październik 1950 Nr 10

O POKÓJ...

O pokój walczy dziś w Polsce każdy robotnik przy swej maszynie, każdy chłop zaopatrujący kraj w żywność, każdy inteligent budujący na swym odcinku pracy nową, pokojową rzeczywistość, każdy uczeń przygotowujący się do swej przyszłej pracy dla socjalistycznej Ojczyzny.

Każdy z nas wie, że dla wzniosłych celów tej walki stanowimy ogromną armię bojowników o pokój wespół z narodami ZSRR i krajów Demokracji Ludowych, że wierzą w nas i nasze zwycięstwo uciskane ludy kolonialne i masy prostych ludzi ze wszystkich krajów kapitalistycznych, gdzie walka o pokój jest przestępstwem, za które płaci się więzieniem.

We wszystkich krajach odbywają się obecnie zjazdy legalnych, bądź nielegalnych komitetów walki o pokój celem dokonania wyboru delegatów na II Światowy Kongres Obrońców Pokoju.

Równolegle do tych przygotowań ludzie pracujący wszystkich, wolnych od ucisku kapitalistycznego, krajów podejmują liczne zobowiązania pracy pod hasłem wzmocnienia obozu pokoju. Podczas gdy zobowiązania te mnożą osiągnięcia budownictwa i produkcji służące sprawie pokoju, na Zachodzie praca ludzka wykorzystywana jest dla celów wojny i agresji, dla celów wzbogacania nigdy nie zaspokojonych kapitalistów. Ale za nimi stoi brudny interes, gwałt i krew, za nami zaś za obozem pokoju — słuszna, wielka i piękna sprawa, dlatego zwyciężymy my — nie oni! Pokój musi stać się udziałem ludzi budujących wspaniałą socjalistyczną przyszłość!

Dla utrwalenia pokoju obrońcy jego żądają:
zakazu wszelkich środków masowej zagłady wraz z bombą atomową,
powszechnego ograniczenia zbrojeń,
zakazu wszelkiej agresji i interwencji zbrojnej,
zaprzestania wszelkiej propagandy, sprzyjającej wybuchowi wojny w jakimkolwiek bądź kraju.

Te żądania to wyraz woli milionów ludzi na świecie, milionów matek i żon, robotników i pisarzy, studentów i naukowców, wyraz woli popartej walką. Bo jak pięknie powiedział Prezydent Bolesław Bierut:

„Walka o trwały pokój, o zwycięstwo braterskiego współżycia między narodami — to najważniejsze zadanie obecnego pokolenia".

I walkę tę wygramy.

UCHWAŁA V PLENUM ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Uczestnicy V Plenum Zarządu Głównego Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia stwierdzają, że szczególnie poważne obowiązki ciążą na ponad 100-tysięcznej rzeszy członków Związku w okresie, gdy masy pracujące naszego kraju przystąpiły do realizacji Planu 6-letniego — Planu Socjalistycznej przebudowy wszystkich dziedzin życia narodu.

Wykonanie Planu 6-letniego, możliwe w tak ogromnym zakresie dzięki braterskiej pomocy Związku Radzieckiego, da w rezultacie ogromny wzrost potencjału gospodarczego, wzrost siły obronnej naszej Ojczyzny, a tym samym przyczyni się do pomnożenia naszego wkładu w dzieło walki o zwycięstwo sił postępu i pokoju na całym świecie.

V Plenum Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia wzywa wszystkich członków Związku do wzmożenia swej aktywności i czujności klasowej, gdyż Plan 6-letni jest wielką bitwą klasową pomiędzy siłami budującymi socjalizm a wrogimi knowaniami międzynarodowej i wewnętrznej reakcji.

V Plenum stwierdza ,że całą naszą działalność winniśmy skoncentrować wokół następujących głównych zadań:

a) pomnożyć wydajność naszej pracy poprzez zwiększenie ilości usług całego uspołecznionego lecznictwa w Polsce;

b) zwiększyć oszczędności we wszystkich dziedzinach gospodarki zakładów i instytucji służby zdrowia;

c) jeszcze większą troską otoczyć wszystkich członków Związku, aby zapewnić im dalszą poprawę warunków pracy i bytu;

d) wychowywać i szkolić kadry, nieustannie podnosić kwalifikacje pracowników służby zdrowia, co podniesie na wyższy poziom naszą pracę w zakresie realizacji zadań Planu 6-letniego.

V Plenum stwierdza, że w Służbie Zdrowia, podobnie jak we wszystkich dziedzinach naszego życia gospodarczego główną dźwignią i metodą wykonania zadań, jakie nakłada Plan 6-letni, jest m a s o w y r u c h w s p ó ł z a w o d n i c t w a p r a c y. Ruch ten powinien zmierzać do postawienia na najwyższym poziomie wszechstronnej opieki lekarskiej nad wielomilionowymi masami pracującymi, realizującymi plany produkcyjne zmierzające do pełnego wykonania Planu 6-letniego. Zadaniem naszym jest objąć ruchem współzawodnictwa najszersze rzesze pracowników instytucji służby zdrowia: posługaczy, salowe, pielęgniarki, położne, felczerów i lekarzy wszystkich specjalności.

Podstawą współzawodnictwa w służbie zdrowia winny być konkretne zobowiązania całych zespołów, umowy o współzawodnictwie między poszczególnymi placówkami służby zdrowia, jak również konkretne zobowiązania indywidualne. Konieczna jest k o n t r o l a w y k o n a n i a z o b o w i ą z a ń, jak również stała, systematyczna kontrola przebiegu współzawodnictwa między poszczególnymi placówkami służby zdrowia. W kontroli winni uczestniczyć przedstawiciele współzawodniczących, delegaci instancji związkowych i przedstawiciele dyrekcji.

Stałą troską naszych ogniw związkowych winno być rozwijanie i upowszechnianie wszelkich form współzawodnictwa, oraz doświadczeń przodujących pracowników służby zdrowia.

Ważną rolę spełniają narady wytwórcze, które winny koncentrować się wokół najważniejszych w danej chwili zadań stojących przed zespołem pracowników służby zdrowia.

Plenum stwierdzając, że konieczne jest stałe ulepszanie naszego wyposażenia technicznego i doskonalenie metod naszej pracy, podkreśla

potrzebę troskliwej opieki nad przodownikami pracy, racjonalizatorami i nowatorami metod naszej pracy.

Plenum podkreśla ,że tylko współzawodnictwo i udoskonalenia metod naszej pracy wpłynąć może na usunięcie wielu istniejących jeszcze niedociągnięć, ulepszyć naszą opiekę lekarską nad pracującymi, co wpłynie dodatnio na stan fizyczny i psychiczny robotników i pracowników zatrudnionych we wszystkich dziedzinach naszej gospodarki.

V Plenum stwierdza, że konieczne jest dalsze wzmacnianie socjalistycznej dyscypliny pracy. Obowiązkiem wszystkich związkowych ogniw służby zdrowia jest prowadzenie stałej pracy ideologiczno-wychowawczej w celu pogłębienia wśród pracujących socjalistycznego stosunku do pracy i własności społecznej.

Wzrost dyscypliny pracy i poczucia odpowiedzialności za najlepsze wykonanie zadań, przy jednoczesnej ścisłej współpracy instancji związkowych z kierownictwem placówek służby zdrowia — wpłynie niewątpliwie na zwiększenie ilości i podniesienie jakości naszych usług.

Ważnym zadaniem naszego związku jest niesienie pomocy masom pracującego chłopstwa w ich walce o socjalistyczną przebudowę wsi. Konieczne jest uaktywnienie już istniejących i organizowanie nowych ekip łączności ze wsią.

Istotnym zagadnieniem służby zdrowia jest właściwe wykorzystanie już pracujących i z każdym rokiem przybywających nowych kadr. Ogniwa związkowe powinny dbać, aby wyszkoleni pracownicy służby zdrowia — pielęgniarki, salowe, felczerzy, lekarze — zatrudnieni byli zgodnie z nabytymi kwalifikacjami, a przodujący i najbardzinej ofiarni wysuwani na kierownicze i odpowiedzialne stanowiska.

Całą naszą pracę związkową winniśmy przesycić działalnością kulturalno-oświatową zmierzającą do podniesienia poziomu ideologicznego najszerszych rzesz pracowników służby zdrowia. Świetlice nasze powinny być zaopatrzone w odpowiednią literaturę zawodową, należy przy nich organizować ośrodki doskonalenia zawodowego i wystawy nowych pomysłów, usprawniających naszą pracę.

V Plenum wzywa wszystkie instancje związkowe do otoczenia jeszcze większą troską realizatorów naszych zadań, zadań Służby Zdrowia w Planie 6-letnim — ponad 100-tysięcznej rzeszy członków Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia. Należy usprawnić akcję socjalną i jeszcze lepiej aniżeli dotąd dbać o zaspokajanie materialnych i kulturalnych potrzeb pracowników służby zdrowia.

V Plenum podkreślając wspaniały rozwój i wysoki poziom służby zdrowia w kraju zwycięskiego Socjalizmu — Związku Radzieckim — wzywa wszystkie placówki służby zdrowia, wszystkich członków naszego Związku do jeszcze pełniejszego czerpania ze skarbnicy doświadczeń radzieckiej służby zdrowia i Radzieckiego Związku Zaw. Prac. Służby Zdrowia.

V Plenum apeluje do wszystkich członków Związku, aby całą swoją energię twórczą i entuzjazm, całe swoje zdolności skoncentrowali i w pełni wykorzystali do wykonania naszych zadań w okresie Planu 6-letniego.

Plenum wyraża przekonanie, że tak jak w dotychczasowej naszej pracy wykonaliśmy wszystkie zadania nałożone na nas przez Władzę Ludową, tak również zjednoczeni wokół przodującej Narodowi Polskiemu Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, kierowani założeniami wielkiej idei Marksa, Lenina i Stalina — **wielkie zadania wspaniałego Planu 6-letniego w pełni wykonamy.** Wniesiemy w ten sposób nasz wkład w zwycięstwo najpiękniejszej idei — Zwycięstwo Socjalizmu w Polsce.

Dr JAN WOLAŃSKI
Nacz. Dyr. Z. L. P.

Ochrona zdrowia w przemyśle

Plan 6-letni przewiduje ogromną rozbudowę zasadniczego, podstawowego przemysłu, a więc: przemysłu budowy maszyn wszelkiego rodzaju, hutnictwa, kopalnictwa rud i węgla, komunikacji, energetyki itd. Jest to więc plan produkowania rzeczy trwałych, które z kolei umożliwią wtórnie produkcję artykułów codziennego użytku. Przemysł zasadniczy wzrośnie w Planie 6-letnim o 154%.

W okresie najbliższego 6-lecia mamy wydać na inwestycje przeszło 6.000 miliardów (6 bilionów) zł. Tę ogromną sumę na wydatki inwestycyjne musi „wyprodukować" klasa robotnicza, inwestycje te jednak nie obniżą poziomu bytowania klasy robotniczej, przeciwnie, jej stopa życiowa w okresie Planu 6-letniego wzrośnie o 50—60%. Trzeba przy tym wziąć pod uwagę, że w najbliższym 6-leciu ludność Polski wzrośnie o 10%, czyli prawie o 2,5 miliona ludzi, nie biorących na razie udziału w produkcji.

Przewidywany wzrost wytwórczości będzie wymagał wzrostu liczby robotników. Trzeba będzie zatrudnić w przemyśle dodatkowo 2,5 miliona ludzi, niezależnie jednak od tego trzeba będzie również zwiększyć wydajność pracy w poszczególnych gałęziach przemysłu o 70%. Podniesienie wydajności zostanie osiągnięte dzięki mechanizacji pracy i wykorzystaniu postępu technologicznego.

Dodatkowe zatrudnienie tak wielkiej liczby pracowników (wśród których połowę będą stanowić kobiety) wymaga specjalnej troski ze strony całego aparatu służby zdrowia i zupełnej zmiany stosunku do człowieka, zatrudnionego w zakładzie pracy. Tylko dzięki troskliwości, jaką otoczony będzie robotnik w swoim zakładzie pracy, można będzie osiągnąć tę oczekiwaną, zwiększoną wydajność.

Opieka lekarska w zakładzie pracy dzisiaj właściwie prawie nie istnieje. Mamy wprawdzie w nielicznych zakładach lekarzy przemysłowych, którzy jednak są rozmieszczeni nieregularnie i pracują niemal bez personelu pomocniczego. Placówki pracy lekarskiej nie są zaopatrzone w najniezbędniejsze urządzenia pomocnicze, zaś prawie każdy lekarz posiada własny regulamin pracy: jedni zajmują się higieną pracy, inni udzielają pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, inni znów pracują jako lekarze Ubezpieczalni Społecznej i udzielają zwolnień chorobowych.

W jednej z fabryk na Dolnym Śląsku stoi zupełnie nieużywanych 5 foteli dentystycznych i 6 foteli ginekologicznych, zaś przy kilku lampach bezcieniowych... robi się zastrzyki. W Krakowie, w jednym z tamtejszych zakładów pracy, który zatrudnia 200 pracowników umysłowych, jest 17 lekarzy, zaś w innych zakładach, gdzie warunki pracy są szkodliwe dla zdrowia robotników — nie pracuje ani jeden lekarz, mimo że zakłady te zatrudniają ponad 5.000 pracowników. Takich wypadków można mnożyć bez liku. Krótko można stwierdzić: w obecnej chwili ochrona zdrowia w przemyśle jest w stanie zupełnego chaosu.

Zagadnienia związane z Planem 6-letnim, o których wspomniałem wyżej, wymagają radykalnego uporządkowania problemów zdrowotnych w przemyśle. W związku z utworzeniem Zakładu Lecznictwa Pracowniczego, który przejmie całość zagadnień, związanych z otwartym lecznictwem klasy robotniczej, opracowany został projekt ochrony zdrowia w przemyśle. Projekt ten, oparty w głównych zasadach na wzorach radzieckich, zostanie przedłożony Prezydium Rządu do zatwierdzenia.

Przewodni motyw tego projektu stanowi usunięcie wszelkiej przypadkowości w rozmieszczaniu kadr lekarskich i zaopatrzeniu w urządzenia lecznicze. Placówki ochrony zdrowia w zakładach pracy tworzone będą w zależności od wielkości danego zakładu (ilość pracowników), charakteru produkcji (szkodliwości zawodowe), ciężaru gatun-

kowego danej produkcji (znaczenie w Planie 6-letnim), oraz od odległości od istniejących zakładów leczniczych (ośrodki, szpitale itp.).

Organizacyjna struktura ochrony zdrowia w przemyśle będzie również uzależniona od wspomnianych czterech czynników i zostanie powiązana ze strukturą całego lecznictwa otwartego w Kraju. Organizacja służby zdrowia w Kraju przewiduje podział na rejony, którymi opiekować się będzie jeden ośrodek, odpowiedzialny za wszystkie zagadnienia, związane ze zdrowiem. Ośrodek rejonowy w mieści obejmie rejon (dzielnicę) i wraz z ośrodkami podstawowymi zajmować się będzie zapobieganiem chorobom (zarządzenia sanitarne), badaniem osób zagrożonych chorobami społecznymi, opieką nad matką i dzieckiem itp. leczeniem podstawowym i specjalistycznym w ośrodkach, a nadto oświatą sanitarną. Ośrodkowi rejonowemu (dzielnicowemu) podlegać będą zakłady pracy, położone na terenie danego rejonu, dzięki czemu rozszerzy się działalność przyzakładowej placówki leczniczej i obejmie również zagadnienia higieny pracy, badania nowowstępujących, pierwszą pomoc, systematyczne leczenie ambulatoryjne (wykonywanie zabiegów leczniczych w miejscu pracy), oświatę sanitarną i zwolnienia chorobowe.

Kombinaty przemysłowe kilku fabryk i zakłady, liczące ponad pewną określoną liczbę pracowników (zależnie od rodzaju produkcji, szkodliwości itd.) zostaną wyodrębnione jako rejony i objęte przez tzw. oddział sanitarno-leczniczy. Oddział sanitarnoleczniczy — podobnie jak ośrodek rejonowy — będzie podlegał bezpośrednio wydziałowi zdrowia Rady Terenowej lub Wydziałowi Przemysłowemu Z. L. P. i będzie kierował, pod względem administracyjnym i leczniczym, wszystkimi punktami lekarskimi i pomocniczo-lekarskimi na terenie danego zakładu pracy lub kombinatu.

Zależnie od wielkości zakładu przewiduje się tworzenie następujących placówek: ośrodek lekarski specjalistyczny, ośrodek podstawowy, punkt pielęgniarski lub felczerski, działowy lub ogólnofabryczny.

Uprawnienia oddziału sanitarno-leczniczego będą odpowiadały uprawnieniom ośrodka rejonowego, tak w zakresie leczenia, jak orzecznictwa chorobowego.

Dla przykładu podam podział zakładów według liczby pracowników i jakości produkcji we wszystkich zasadniczych gałęziach przemysłu:

Oddziały leczniczo-sanitarne tworzy się przy zakładach pracy, liczących:

— w przemyśle chemicznym i przetworów naftowych ponad 1000 robotników,
— w przemyśle górniczym (ruda, węgiel, nafta) ponad 1500 robotników,
— w przemyśle metalurgicznym (metale czarne) ponad 3000 robotników,
— w przemyśle budowy maszyn ponad 4000 robotników,
— w przemyśle metalurgicznym (metale kolorowe) ponad 1500 robotników,
— we wszystkich innych gałęziach przemysłu ponad 5000 robotników.

W mniejszych zakładach pracy, gdzie nie ma oddziałów leczniczo-sanitarnych, czynności ich przejmują ośrodki zdrowia, według następującego rozdzielnika:

— w przemyśle chemicznym i przetworów naftowych ponad 400 robotników,
— w przemyśle górniczym (nafta, węgiel, ruda) ponad 500 robotników,
— w przemyśle metali kolorowych ponad 500 robotników,
— w przemyśle metali czarnych (żlazo) ponad 600 robotników,
— w przemyśle budowy maszyn ponad 800 robotników,
— we wszystkich innych gałęziach przemysłu ponad 1000 robotników.

Felczerskie punkty organizowane są:

— w przemyśle chemicznym i przetworów naftowych od 200 — 400 robotników,
— w przemyśle górniczym od 200 — 500 robotników,
— w przemyśle metali czarnych od 300 — 600 robotników,
— w przemyśle budowy maszyn od 400 — 800 robotników,
— we wszystkich innych gałęziach przemysłu od 400 — 1000 robotników.

Tabela powyższa uwzględnia wszystkie elementy, które składają się na pojęcie służby zdrowia, i będą one mogły skutecznie rozwiązać zagadnienia z tym związane.

Zdajemy sobie sprawę, że zorganizowanie nowego systemu ochrony zdrowia w przemyśle wymagać będzie wykwalifikowanej kadry fachowego personelu pracowników służby zdrowia. Wobec ogromnego deficytu lekarzy w Polsce wiele zadań będzie musiała przejąć pielęgniarka, odpowiednio przygotowana do ich wypełnienia. Mimo to sprawa kryje w sobie dużo trudności, ponieważ i deficyt pielęgniarek jest ciągle jeszcze dotkliwy.

Jan Wolański

Doc. dr MIECZYSŁAW FEJGIN

O zakrzepowym zapaleniu żył

ZAKRZEPOWE zapalenie żył *(thrombophlebitis)* powstaje wskutek częściowego lub zupełnego zamknięcia światła żyły przez zakrzep z uprzednim lub następowym odczynem zapalnym ściany żylnej. Właściwie należałoby odróżniać zakrzepy żył bez odczynu zapalnego *(phlebothrombosis)* od zapalenia zakrzepowego *(thrombophlebitis)*. Z praktycznego punktu widzenia nie posiada to jednak znaczenia żadnego, albowiem każdy zakrzep żylny, niezależnie od przyczyny i mechanizmu powstawania, powoduje w bardzo krótkim czasie odczyn zapalny ze strony ściany żylnej.

Zasadniczo, w etiologii zakrzepu, względnie zakrzepowego zapalenia żył odgrywać mogą rolę 3 mechanizmy przyczynowe, a mianowicie: 1) uszkodzenie śródbłonka żylnego, wywołujące jednocześnie powstanie zakrzepu i odczyn zapalny; 2) zwolnienie nurtu krwi, powodujące osadzanie się krwinek płytkowych na ścianie żyły, a w następstwie — powstanie zakrzepu i odczynu zapalnego; 3) zmiany fizyko-chemiczne krwi i jej składników, od których zależy proces krzepnięcia — skąd powstawanie zakrzepu z wtórnym odczynem zapalnym.

W poszczególnych przypadkach, jako przyczynę można zawsze stwierdzić jeden z wymienionych mechanizmów, najczęściej jednak sprawa zależy od współdziałania przynajmniej dwu, albo i wszystkich trzech, chociaż udział każdego z nich może być ilościowo różny.

Z punktu widzenia klinicznego wygodnie jest wyodrębnić 3 grupy, względnie 3 typy zakrzepowego zapalenia żył.

Typ A. Miejscowe zakrzepowe zapalenie żył spowodowane bywa przez jakieś schorzenie lub czynnik uszkadzający miejscowo ścianę danego naczynia żylnego, gdzie też w następstwie powstaje zakrzep. Cały szereg substancji chemicznych wywołać może zakrzepowe zapalenie żył, jak się to nieraz zdarza po wprowadzeniu do żyły różnych leków lub substancji kontrastowych stosowanych w celach diagnostycznych (alkoholu, chininy, przetworów arsenowych, związków jodu używanych w pyelo- i cholecystografii, a nawet stężonych roztworów glukozy i soli kuchennej), zależnie od nadmiernej osobniczej wrażliwości śródbłonka żyły. Taki zakrzep miejscowy nie pociąga za sobą żadnych poważniejszych następstw, poza zamknięciem światła żyły. Wykorzystujemy zresztą to zjawisko w celach leczniczych przy likwidowaniu żylaków podudzi, czy guzków krwawniczych odbytnicy.

Uszkodzenia i urazy mechaniczne, jak kontuzja, złamanie kończyny itd. mogą być również powodem zakrzepowego zapalenia żył. W żylakach podudzi może powstać zakrzepowe zapalenie żył zupełnie samoistnie, bez żadnej uchwytnej przyczyny. Wreszcie w przebiegu różnych miejscowych procesów zapalno-infekcyjnych i ropnych powstaje zakrzepowe zapalenie żył w obrębie schorzałego odcinka żyły. Dotyczy to zwłaszcza małych naczyń żylnych w sąsiedztwie ogniska zapalnego wywołanego przez zarazki ropotwórcze, jak gronkowce, paciorkowce lub pneumokoki.

Typ B. Znacznie poważniejszą rolę w klinice, zarówno pod względem częstości, jak i następstw, które pociągają za sobą, odgrywa grupa druga tzw. wtórnych zakrzepowych zapaleń żył. Występują one jako powikłania różnych stanów chorobowych, nawet bez uprzedniego miejscowego uszkodzenia danej żyły. Tutaj zakrzep stanowi zjawisko pierwotne, a odczyn zapalny — wtórne. Do tej grupy należą przede wszystkim zakrzepowe zapalenia żył po porodach i po operacjach chirurgicznych.

Poporodowe zakrzepowe zapalenia żył zdarzają się szczególnie po ciężkich porodach kleszczowych, zwłaszcza u osób otyłych i posiadających żylaki, a także w przebiegu zakażeń połogowych.

Pooperacyjne zakrzepowe zapalenie żył widuje się po operacjach w obrębie miednicy małej, w której uszkodzone bywają gałązki żyły biodrowej, a także po długo trwających i rozległych zabiegach operacyjnych, w których uszkodzone zostały tkanki na dużym obszarze, np. po operacjach usunięcia nowotworu złośliwego lub po zabiegach wskutek rozległych zakażeń tkankowych (ropowic). Częste są zakrzepowe zapalenia żył po operacjach wskutek dwustronnej przepukliny pachwinowej lub udowej, po rezekcjach żołądka lub jelit, po laparatomiach próbnych z powodu nieoperacyjnych guzów złośliwych itd. Po operacji pękniętego wyrostka robaczkowego zakrzepowe zapalenie żył spotyka się 2 razy częściej niż po zwykłej appendektomii w przypadkach ostrego czy przewlekłego zapalenia wyrostka. Dowodzi to znaczenia jakie ma czynnik infekcyjny w etiologii zakrzepowego zapalenia żył.

Również po ciężkich urazach, np. po złamaniu uda, czy w przebiegu ciężkich ogólnych chorób zakaźnych zdarzają się zakrzepowe zapalenia żył, nawet stosunkowo często, np. po durze brzusznym około 3%, w przebiegu zapalenia płuc — 0,6%, jako powikłania niektórych chorób krwi, np. czerwienicy, białaczek; czasami zdarzają się w początkach kuracji wątrobowej, w niedokrwistości złośliwej Addisona-Biermera lub powstają po przetoczeniu krwi, nawet jeżeli grupa dawcy i biorcy była całkowicie zgodna. Tłumaczy się to zmianami fizycznych i chemicznych właściwości krwi, jakie zachodzą nieraz w tych stanach chorobowych. Dość często powstają zakrzepowe zapalenia żył w przebiegu nowotworów złośliwych, nieraz jako bardzo wczesny objaw, jeszcze w okresie klinicznego utajenia sprawy, a także w przewlekłej zastoinowej niewydolności krążenia.

Typ C. Czasami spotykają się zakrzepowe zapalenia żył bez żadnej wyżej wymienionej przyczyny etiologicznej, jako tzw. pierwotne sprawy zakrzepowe. Mają one w tych przypadkach wyraźnie zaznaczoną tendencję do nawrotów, do atakowania coraz to innych odcinków łożyska żylnego *(thrombophlebitis migrans, thrombophlebitis reccurens)*. Mechanizm powstawania tego typu zakrzepowego zapalenia żył nie jest jszcze dokładnie wyjaśniony.

Zmiany anatomo-patologiczne zakrzepowego zapalenia żył sprowadzają się do obecności zakrzepu z odczynem zapalnym w ściance żylnej. Natomiast rozległość sprawy zakrzepowej i budowa zakrzepu bywa bardzo różna nawet w poszczególnych przypadkach, należących do tego samego typu zakrzepowego zapalenia żył.

Ze względu na budowę anatomiczną odróżniamy zakrzepy czerwone, białe i mieszane. Czerwone przypominają swoją budową skrzepy pośmiertne; krwinki płytkowe i białe są w nich równomiernie rozmieszczone w galaretowatej masie włóknika i krwinek czerwonych. Białe zakrzepy mają budowę warstwową i zawierają bardzo mało krwinek czerwonych wśród warstw włóknika, krwinek białych i płytkowych.

Najczęściej spotykają się zakrzepy typu mieszanego. Składają się one z białej części przedniej i z czerwonego „ogona". Zakrzep taki powstaje w warunkach zwolnionego nurtu krwi, kiedy płytki gromadzą się na obwodzie, przyściennie, gdzie prąd krwi jest najpowolniejszy, przyklejają się do śródbłonka żylnego, szczególnie, jeśli jest uszkodzony i szybko ulegają rozpadowi. Przyłączają się do nich krwinki białe i niewielkie ilości strąconego włóknika. Stopniowo narastają w kierunku do obwodu świeże warstwy o podobnym składzie i powstaje w ten sposób zakrzep o budowie warstwowej, blaszkowatej. Jednocześnie w kierunku dosercowym tworzy się ogonowa — czerwona część zakrzepu — i tak powstaje zakrzep mieszany. „Ogon" tworzy się dość szybko. Może on być zbitej konsystencji i zamykać zupełnie światło naczynia, albo też kruchy, łamliwy i zamykać naczynie niekompletnie. Ta ogonowa część zakrzepu zwykle szybko przywiera do ścianki naczynia, w ślad za czym rozpoczyna się „organizowanie się" zakrzepu przez wrastanie weń komórek tkanki łącznej od strony śródbłonka żyły, stopniowe zwłóknienie i trwały zrost ze ścianką naczynia. Często jednak „ogon" zakrzepu szerzy się wstecz do części nieuszkodzonej naczynia lub do gałązki bocznej żyły zajętej pierwotnie. Wówczas część jego może ulec oderwaniu i zostaje uniesiona z prądem krwi do prawego serca, a stąd do jakiegoś naczynia płucnego. Zamknięcie gałązki tętnicy płucnej przez taki kawałek oderwanego zakrzepu stanowi tzw. zator i prowadzi do z a w a ł u odcinka płuca zaopatrywanego przez zajęte naczynie. Zatory tworzą się zazwyczaj bardzo wcześnie, zanim rozpoczął się proces organizacji zakrzepu.

Powstanie zakrzepu pociąga za sobą oczywiście mniejsze lub większe zaburzenia w krążeniu miejscowym, zależne od zamkniętego naczynia. Na szczęście w układzie żylnym istnieją liczne połączenia, które mają mniejsze znaczenie w warunkach normalnych, ale odgrywają wybitną rolę w czasie wytworzenia się zakrzepu.

Kliniczne objawy zakrzepu polegają na wystąpieniu w zajętej okolicy b ó l u i o b r z ę k u, których nasilenie zależy od nasilenia procesu zapalnego oraz od stopnia przekrwienia i zastoju żylnego w obszarze dotkniętym zakrzepowym zapaleniem żył. Poza tym występują zazwyczaj objawy ogólne i odczyny ustrojowe, jak gorączka, przyśpieszenie tętna, złe samopoczucie. Zresztą objawy zależą w znacznej mierze od umiejscowienia sprawy.

Przy zakrzepach powierzchownych żył stwierdza się umiarkowanie bolesne zaczerwienienie i stwardnienie skóry w okolicy zajętego odcinka żyły. Sprawa cofa się szybko, po 8 — 10 dniach najczęściej, chociaż stwardnienia wyczuwa się zwykle dłużej. Zapalenie głębiej położonych żył podudzi powoduje wyraźną bolesność łydek. Obrzęk występuje tu rzadziej.

Należy pamiętać więc, że nagły ból podudzi, szczególnie ból występujący po operacji zależy najczęściej od rozpoczynającego się zakrzepowego zapalenia żył. Szczególnie typowy obraz kliniczny daje zakrzepowe zapalenie żył udowych i biodrowych, co najczęściej zdarza się w przebiegu stanów pooperacyjnych i ogólnych chorób zakaźnych. Towarzyszą im często: dotkliwy ból wzdłuż zajętej żyły, rozszerzenie powierzchownych żył uda i dolnej części brzucha, wyraźny obrzęk chorej kończyny, gorączka, czasami dreszcze. Podobne objawy w odniesieniu do górnej kończyny wywołuje zakrzepowe zapalenie żyły podobojczykowej lub ramieniowej.

Jako rzadszą lokalizację należy wymienić zakrzepowe zapalenie żyły próżnej górnej powodujące obrzęk górnej połowy klatki piersiowej, szyi, często również twarzy z rozszerzeniem żył skórnych przedniej powierzchni tułowia.

W następstwie bezpośredniego szerzenia się sprawy zapalno-zakrzepowej z żył biodrowych w przebiegu zapalenia żył miednicy małej lub wskutek jakiejś ogólnej infekcji, np. duru brzusznego, powstać może zakrzepowe zapalenie żyły próżnej dolnej, względnie jakiegoś jej odcinka. Objawy kliniczne zależą wówczas od poziomu, na jakim powstał zakrzep. A więc poza rozszerzeniem siatki żył

skórnych w dole brzucha i obrzękiem powłok brzusznych stwierdzić można objawy ze strony nerek (białkomocz) przy zajęciu dolnego odcinka żyły próżnej dolnej w okolicy żył nerkowych, a żółtaczkę i powiększenie wątroby — przy zajęciu górnego jej odcinka. Zakrzepowe zapalenie żyły wrotnej i śledzionowej powoduje wodobrzusze oraz rozszerzenie żył przełyku i żołądka z groźnymi nieraz dla życia krwotokami z nich.

Wspomnieć też należy o bardzo niebezpiecznym zapaleniu zatoki żylnej esowatej na podstawie mózgu, co występuje czasami, jako powikłanie zapalenia ucha środkowego.

Wreszcie, w niektórych szczególnie złośliwych przypadkach, zapalenia wyrostka robaczkowego ze zmianami zgorzelinowo-ropnymi jego ściany, zakażenie przenieść się może drogą szlaków żylnych bezpośrednio na żyły wewnątrz wątrobowe z wytwarzaniem się mnogich ropni wątrobowych, względnie zakrzepowym zapaleniem całego drzewa żył wątrobowych, co z reguły kończy się śmiertelnie.

Do bardzo typowych i częstych powikłań, względnie następstw zakrzepowego zapalenia żył należą wspomniane już wyżej zatory i zawały płuc. Najczęściej towarzyszą one zakrzepowemu zapaleniu żył pochodzenia wtórnego (typu B), zdarzają się więc w połogu, po zabiegach chirurgicznych, w nowotworach złośliwych, w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych i po cięższych urazach. Nieraz bez uprzednich oznak toczącego się zakrzepowego zapalenia żyły zawał płuc występuje jako pierwszy, najwcześniejszy, albo nawet jedyny objaw tego cierpienia. Dopiero po kilku dniach, a nieraz po tygodniu ujawnia się właściwe źródło zatoru w postaci zakrzepowego zapalenia jakiejś żyły. Zatory takie pochodzą zapewne z jakichś drobniejszych i głębokich żył, z których odrywają się wkrótce po wytworzeniu. Mogą jednak powstawać wskutek oderwania się „ogona“ od zakrzepu jakiejś większej żyły i zaczopować duże naczynie płucne. Dochodzi wówczas do rozległych zawałów płuc, o ciężkim, nieraz śmiertelnym przebiegu. Czasami w ogóle nagła śmierć chorego stanowić może jedyny i pierwszy wyraz klinicznego zakrzepu żyły dużego kalibru, np. udowej, który zaraz po utworzeniu się uległ oderwaniu i powędrował poprzez prawe serce do tętnicy płucnej.

Jeżeli, jak to najczęściej bywa, oderwała się mała cząstka większego zakrzepu, powstaje obraz zawału płuca, a jednocześnie rozwija się dalej zespół zakrzepowego zapalenia żyły. Trzeba podkreślić, że zakrzep, który istnieje w ciągu co najmniej 3 — 4 dni i powoduje obraz kliniczny typowego zakrzepowego zapalenia żył nie grozi już z reguły oderwaniem się i wytworzeniem zawału płuca, gdyż jak już wyżej wspomniano, organizacja i przyrastanie zakrzepu do ściany żylnej rozpoczyna się zazwyczaj w ciągu pierwszych 24 godzin.

Zator, aby być śmiertelnym niekoniecznie musi spowodować zupełne zamknięcie głównego pnia tętnicy płucnej. Badaniem pośmiertnym stwierdzono wielokrotnie, że fatalny zator przeważnie w takich przypadkach nie zamyka doszczętnie głównego pnia tętnicy płucnej, albo nawet dotyczy tylko jednej z bocznych jej gałązek. Śmierć następuje tu wskutek odruchowego skurczu tętniczek płucnych i oskrzelików, co powoduje nagłe i znaczne obciążenie krążenia, szczególnie dla prawego serca.

Objawy kliniczne towarzyszące zawałowi płuc są dobrze znane. Mniej rozległe, nie grożące śmiercią zawały powodują nagły ból w boku — skutek podrażnienia opłucnej, często przemijające krwioplucie, wzniesienie ciepłoty, przyspieszenie tętna, niepokój psychiczny. Przy bardziej rozległych zawałach objawy mogą być bardzo burzliwe, powstaje wybitna duszność, sinica, występują objawy ostrego zapadu krążeniowego (wstrząsu), a więc zblednięcie powłok skórnych, zimny pot, bardzo przyspieszone tętno o niskiej drobnej fali, znaczny spadek ciśnienia tętniczego. W przypadkach bardziej rozległych zawałów płuca może nastąpić śmierć w ciągu kilku minut lub kilku godzin.

Z innych powikłań, oprócz wspomnianych już wyżej — ropnego zapalenia zatoki esowatej, przerzutowego zapalenia ropnego opon mózgowych, czy przerzutowych ropni płuc lub ropnego zapalenia żył wewnątrzwątrobowych (co stanowi nie tyle powikłanie, ile skutek bezpośredniego szerzenia się sprawy), omówić jeszcze trzeba pokrótce odległe następstwa przebytego zapalenia zakrzepowego dużych

żył kończyn dolnych. Powstaje w tych przypadkach obraz t.zw. przewlekłej niewydolności żylnej kończyn dolnych. Do typowych objawów tej niewydolności należy stały ból i obrzęk chorej kończyny, szczególnie po dłuższym staniu lub chodzeniu. Występuje też rozszerzenie powierzchownych żył skórnych oraz powstają zmiany troficzne skóry — brunatne zabarwienie, ścienczenie, skłonność do wyprysków, wreszcie uporczywie nie gojące się owrzodzenia.

Zakrzepowe zapalenie żył występujące w przebiegu żylaków kończyn dolnych rzadko wymaga jakichś bardziej radykalnych przedsięwzięć leczniczych poza okładami ogrzewającymi i zapewnieniem spokoju dotkniętej kończynie. Niektórzy radzą podwiązanie odnośnego pnia żylnego powyżej ogniska zakrzepowego zapalenia, szczeególniej, jeżeli dotyczy ono układu żyły udowej i żyły odpiszczelowej wielkiej. Podwiązanie taki stanowi zabieg bezwzględnie wskazany w przypadkach zakażonego zapalenia żyły, obok stosowania środków przeciwzakaźnych (przede wszystkim penicyliny) oraz środków zapobiegających krzepnięciu krwi, jak heparyna i dikumarol (lub czeski pelenten), o czym będzie jeszcze mowa poniżej.

Szczególnie doniosłe znaczenie posiada postępowanie w przypadkach zakrzepowego zapalenia żył — po operacjach i porodach, wobec znacznej częstotliwości ich występowania i poważnych powikłań, jakie mogą powstać w ich następstwie. Istnieje cały szereg metod i sposobów postępowania w czasie i po operacji w celu nie dopuszczenia do wytworzenia się zakrzepowego zapalenia żył. Do tych środków zapobiegawczych należą: unikanie znaczniejszego uszkodzenia tkanek i naczyń w czasie operacji, stosowanie ćwiczeń oddechowych, biernej i czynnej gimnastyki oraz masaży nóg i jak najwcześniejsze uruchomienie chorych po operacji, wreszcie zapobieganie infekcjom wtórnym przez szerokie stosowanie antybiotyków po zabiegach.

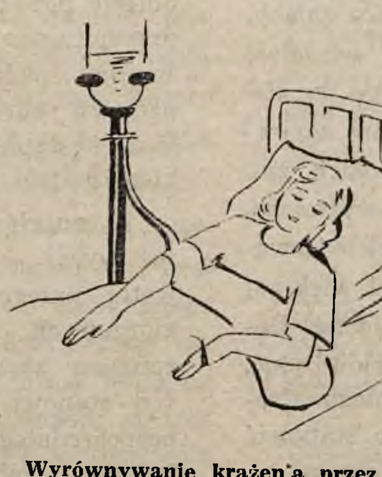
Do nader skutecznych środków zapobiegawczych należą — coraz bardziej rozpowszechniające się ostatnio — środki obniżające zdolność krzepnięcia krwi, jak heparyna i dikumarol, których dobroczynny wpływ na zmniejszenie pooperacyjnych powikłań zakrzepowych oraz na przyspieszenie likwidacji już istniejących — zdaje się nie ulegać dziś wątpliwości. Pamiętać jednak należy, że stosowanie tych środków wymaga u pacjenta bardzo ścisłej kontroli laboratoryjnej, aby nie przekroczyć granicy bezpieczeństwa w obniżaniu krzepliwości krwi i nie wywołać ciężkiego, czasami śmiertelnego krwawienia. Stosować więc należy te środki wyłącznie w warunkach obserwacji klinicznej, gdzie możliwe jest dokonywanie codziennych badań stanu krzepliwości krwi i regulowania codziennej dawki leku, zależnie od każdorazowego wyniku badania.

Heparyna bardzo szybko obniża krzepliwość, działanie jej równie szybko — w ciągu kilku godzin — przemija po zaprzestaniu podawania. Działanie dikumarolu występuje dopiero po 36 godzinach od chwili podania go do-

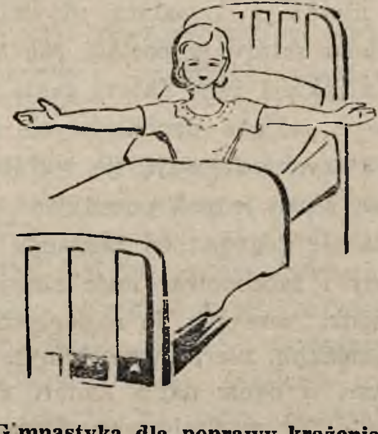
Zasadnicze momenty leczenia zakrzepowego zapalenia żył:



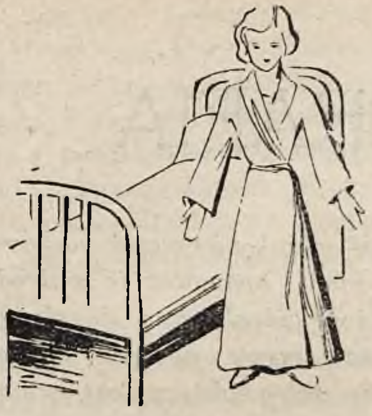
Blokady nowokainowe



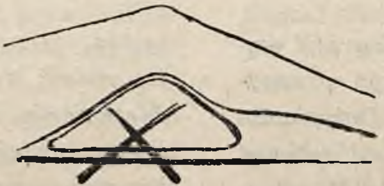
Wyrównywanie krążenia przez infuzje i transfuzje



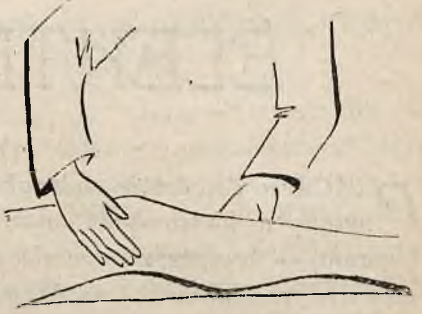
Gimnastyka dla poprawy krążenia



Wczesne wstanie z łóżka



Kończyna wyprostowana i unieruchomiona



Masaż

ustnie. Dlatego poleca się obecnie rozpocząć od podania heparyny dożylnie w ilości odpowiedniej, aby obniżyć krzepliwość w ciągu 15—20 minut, a potem utrzymywać ten stan przy pomocy dikumarolu, kontrolując codziennie tzw. czas prothrombinowy, względnie „współczynnik *Quicka*" określający zawartość prothrombiny do 30%, ale nie poniżej 10% normy, gdyż spadek tej zawartości poniżej 10% stanowi bezpośrednią groźbę dla życia chorego. Przy osiągnięciu tej niebezpiecznej strefy należy bezzwłocznie przerwać podawanie leku i wstrzyknąć dożylnie witaminę K, która stanowi źródło wytwarzania prothrombiny dla wątroby i jako takie najskuteczniej przeciwstawia się szkodliwemu działaniu dikumarolu. Z drugiej zaś strony zawartość prothrombiny we krwiichorego powyżej 30% normy nie zabezpiecza przed powstawaniem zakrzejów i zatorów. Oczywiście, że środki te nie likwidują bynajmniej już istniejących zakrzejów, tylko zapobiegają wytwarzaniu się świeżych oraz szerzeniu się ich wzdłuż światła naczyń i odrywaniu się cząstek stanowiących materiał zatorowy.

Leczenie heparyną i dikumarolem należy kontynuować przynajmniej w ciągu 7 dni i przerywać dopiero wtedy, kiedy pacjent już od 2—3 dni jest poza łóżkiem i chodzi.

Z innych procedur leczniczych wymienić jeszcze trzeba stosowaną przez wielu chirurgów blokadę nowo- względnie prokainową odpowiednich zwojów współczulnych, która ma na celu spowodowanie rozszerzenia tętnic i żył w dotkniętym obszarze, a więc poprawę krążenia obocznego. Sposób ten zresztą nie przez wszystkich jest uznawany za lepszy i skuteczniejszy od — przyjętego powszechnie w ostrym okresie — wysokiego ułożenia chorej kończyny i wilgotnych okładów. Poza tym stosuje się w tych przypadkach pijawki, naświetlanie promieniami rentgena, bandaże kleinowe itp.

Jeżeli chodzi o postępowanie w zawałach płuc, tym najczęstszym i najgroźniejszym powikłaniu zakrzepowego zapalenia żył, to mniejsze zawały na ogół nie wymagają żadnego specjalnego leczenia poza spokojem, środkami przeciwbólowymi i uspokajającymi. Przy większych zawałach ze znacznym odczynem ogólnym można podawać 0,04 papaweryny lub 0,6 mg atropiny z glukozą dożylnie oraz rozpocząć leczenie heparyną i dikumarolem.

W przypadkach bardzo dużych, bezpośrednio groźnych dla życia zatorów były nawet dokonywane natychmiastowe zabiegi operacyjne, polegające na próbie wydobycia zatoru przez nacięcie tętnicy płucnej. Są opisywane przypadki pomyślnego wyniku takiego zabiegu.

Mieczysław Fejgin

Mgr MARIA SMOROŃSKA

ELEKTROKARDIOGRAFIA

PRACA w dziedzinie elektrokardiografii wymaga od pielęgniarki specjalnego przygotowania — wyspecjalizowania się. Dotychczas niewiele pielęgniarek miało możność zetknąć się bezpośrednio z pracą tego rodzaju. W miarę postępu techniki coraz to nowe zdobycze stają do dyspozycji medycyny, i dziś nieznana przed 50 laty elektrokardiografia staje się coraz bardziej popularną metodą diagnostyczną, metodą po prostu niezbędną dla nowoczesnego lecznictwa.

Pielęgniarka współczesna nie może przechodzić obojętnie obok nowych wynalazków, najnowszych zdobyczy techniki i nowoczesnych metod, lecz musi siłą konieczności poznawać je, oswoić się z nimi i opanować je w drodze doszkalania się indywidualnego i zbiorowego, jakie istnieje na terenie naszych szpitali. Smutne wrażenie robią pielęgniarki, stojące z niewyraźną miną, podczas gdy lekarz na obchodzie omawia elektrokardiogramy chorych; odwożą przecież i przywożą chorych z gabinetu elektrokardiograficznego, lecz wiedzą tylko tyle, że bada się tam serce i... na tym koniec. Dotyczy to oczywiście szerokiego ogółu pielęgniarek, a nie tych, które dzięki wieloletniej pracy miały możność wyspecjalizować się w elektrokardiografii.

KILKA SŁÓW O HISTORII

PIERWSZE próby sięgają roku 1855. Stwierdzono wówczas mianowicie, że mięsień żaby, wypreparowany wraz z nerwem i przyłożony do mięśnia żywego serca d r g a, prawdopodobnie na skutek jakichś prądów elektrycznych. Był to tzw. galwanoskop fizjologiczny. W dwadzieścia dwa lata później, w roku 1877, uczony *Waller* odkrył, że drgania mięśnia sercowego udzielają się również słupkowi rtęci, umieszczonemu na powierzchni ciała. Był to tzw. przyrząd włoskowaty. W roku 1897 polski uczony, *Napoleon Cybulski* interesował się prądami czynnościowymi w mięśniach i ustalił pewne prawa fizyczne, rządzące tymi prądami.

W roku 1903 powstaje pierwszy aparat — galwanometr strunowy *Eithovena.* Aparaty obecnie używane są typu napięciowego.

W roku 1932 *Rijlant* zbudował pierwszy kardioskop tj. przyrząd, który pozwala obserwować drganie mięśnia sercowego w postaci świetlnego punktu, rysującego się w postaci krzywej na ekranie.

Obecnie istnieją w użyciu różne rodzaje elektrokardiografów. Jedne, przy fotografowaniu, dają na papierze pokrytym emulsją zawierającą bromek srebra — białe linie na ciemnym tle, inne natomiast — w specjalnie czułych oscylografach — ciemną linię na jasnym tle. Istnieją również aparaty, które zamiast zdjęcia fotograficznego dają poprostu wykres, krzywą. Najbardziej nowoczesnym, a równocześnie bardzo popularnym w Polsce jest szwedzki aparat typu *„Triplex“*.

Widzimy, że elektrokardiografia stanowi wynalazek nowy, rozpowszechniony dopiero w latach trzydziestych naszego stulecia, a zatem zdobycz niemal ostatnich dni. Nic przeto dziwnego, że większość pacjentów nie zna elektrokardiografu i patrzy na te „cuda“ z nieufnością lub podziwem, pielęgniarka zaś musi umieć choć w paru słowach wytłumaczyć „na czym to polega“ i „co to daje“...

NA CZYM TO POLEGA?...

Czytelniczki, pragnące dokładniej poznać i zgłębić istotę zagadnienia. musimy odesłać do bardzo ciekawej, a jednocześnie dość trudnej książki „Podstawy elektrokardiografii“ Kowarzyków, na której zresztą opiera się również niniejsza praca.

Zjawisko polega w zasadzie na istnieniu w tkankach żywego ustroju przewodnictwa elektrycznego, które odbywa się za pośrednictwem jonów o ładunkach dodatnich i ujemnych. Płyny ustrojowe posiadają różne stężenia i porozdzielane są błonami o niejednakowej przepuszczalności. Błony te wytwarzają tzw. potencjał błonowy, ponieważ przepuszczają jony różnoimienne z niejednakową szybkością.

Po powierzchni mięśnia, będącego w stanie skurczu, przebiega prąd elektryczny tzw. prąd czynnościowy, który rozbraja — wyładowuje potencjały błonowe. Prąd elektryczny powstaje wszędzie tam, gdzie istnieją owe błony, a więc nie tylko w mięśniach, lecz także i w mózgu. Zdolność wytwarzania prądów jest cechą materii żywej, związaną z przemianami chemicznymi zachodzącymi w tkankach.

Prąd czynnościowy płynie raz w jednym kierunku raz w odwrotnym; jest zatem prądem dwufazowym i na wykresie daje krzywą o załamkach „dodatnich“ i „ujemnych“.

Nowoczesny, czuły aparat przystosowany do odbierania i notowania drgań odprowadza prądy czynnościowe za pośrednictwem elektrod od powierzchni ciała do aparatu. Mięsień sercowy — jak wiadomo — wykonuje bez przerwy skurcze, przy czym najpierw kurczą się przedsionki, a potem komory, co znajduje swój odpowiednik na krzywej kardiograficznej. Bodźce do tych skurczów powstają w specjalnym, charakterystycznym dla serca układzie nerwowym, który składa się z tzw. węzła zatokowego *(Keith-Flack'a)* i węzła przedsionkowo-komorowego *(węzła Tavary)*. Wspomniany układ nerwowy nosi nazwę a u t o m a t y z m s e r c a. Bodźce, które tam powstają i ich wygasanie aparat elektrokardiograficzny ściśle rejestruje.

Widzimy więc, że aparat elektrokardiograficzny notuje nie samą pracę mięśnia sercowego, lecz także bodźce do niej, które objawiają się w postaci prądu czynnościowego. Dzięki elektrokardiografii możemy obiektywnie rejestrować wszelkie zaburzenia w r y t m i e s e r c a, zakłócenia w przechodzeniu bodźców z przedsionków do komór serca — w tzw. p r z e w o d n i c t w i e, a nadto zaburzenia w układzie sił motorycznych serca, jak to ma miejsce np. przy uszkodzeniu mięśnia sercowego na skutek patologicznego skurczu naczyń wieńcowych (dusznica bolesna — *angina pectoris)*, co pociąga za sobą niedostateczny dopływ krwi (a więc — tlenu) do komórek mięśnia sercowego.

CÓŻ WIĘC DAJE NAM ELEKTROKARDIOGRAFIA?

Elektrokardiogram (wykres) jest dla lekarza klinicysty badaniem pomocniczym dziś już tak niemal nieodzownym jak np. badanie krwi na O. B. lub analiza moczu. Elektrokardiogram stanowi dla lekarza potwierdzenie wniosków wysnutych z badania fizykalnego, ewentualnie kieruje lekarza na właściwy trop w jego rozumowaniu diagnostycznym. Tylko w niektórych przypadkach elektrokardiogram może sam dać gotowe rozpoznanie, np. w zawałach serca, na ogół jednak j e s t t o t y l k o m e t o d a u z u p e ł n i a j ą c a. Doświadczony lekarz z łatwością odróżnia na wykresie nawet drobne odchylenie od normy. Wielu lekarzy, nie mając do dyspozycji elektrokardiografów, odbywa się bez tej tak cennej metody, podobnie jak dawniej obywano się bez aparatu rentgenowskiego. Dziś nowoczesny szpital bez rentgena jest nie do pomyślenia, podobnie jak lada dzień nie do pomyślenia będzie szpital bez elektrokardiografu.

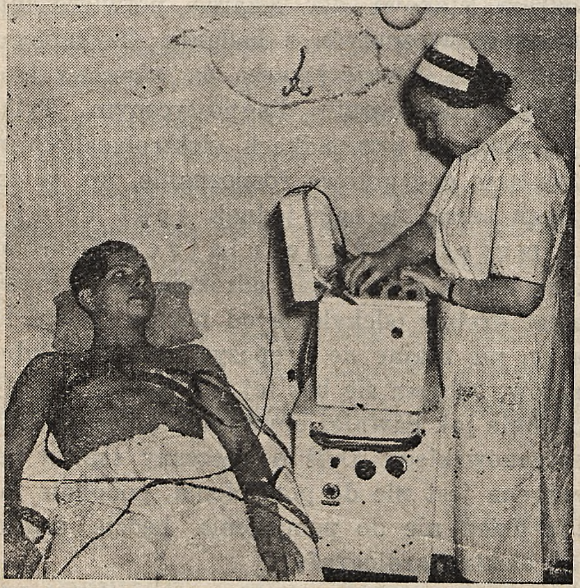
Mówiąc ogólnie o tym, co nam daje elektrokardiografia, zapamiętajmy, że aparat wykazuje wszelkie zmiany i uszkodzenia mięśnia sercowego (sierdzia), nie wyróżnia jednak dość wyraźnie zmian czynnościowych serca, zwłaszcza zmian nerwicowych. Elektrokardiografia jest metodą nową i nie wszystko jeszcze jest w niej całkowicie poznane, dlatego też istnieją wśród lekarzy niecałkowicie zgodne poglądy na znaczenie pewnych drobnych odchyleń w wykresach. Przed medycyną pod tym względem stoi otworem droga dalszych badań i nowych odkryć.

PRZYGOTOWANIE PACJENTA

Ponieważ zarówno pacjenci, jak i pielęgniarki często nie orientują się jak należy chorego do zabiegu przygotować, podaję to w krótkich słowach.

Pacjent nie musi być na czczo, natomiast n i e m o ż e b y ć z m ę c z o n y. Chorzy szpitalni powinni być zwożeni windą, najlepiej nawet na wózkach, jeśli chodzenie ich męczy. Chorych ambulatoryjnych trzeba uprzedzić, aby w przeddzień i w dzień zabiegu nie czynili większych wysiłków, jak dłuższe chodzenie,

ciężka praca itp. W zasadzie pierwsze badanie wykonuje się, gdy pacjent jest dobrze wypoczęty. Jeśli lekarz zaznacza, że chce mieć elektrokardiogram powysiłkowy, to ćwiczenia gimnastyczne — w celu pobudzenia akcji serca — wykonuje się na miejscu w gabinecie EKG, najczęściej w formie większej lub mniejszej ilości przysiadów, zależnie od stanu chorego.



WAF

Przed wykonaniem zdjęcia pacjent powinien przynajmniej 10 minut siedzieć w poczekalni, nie wolno mu jednak czekać w kolejce stojąc, a tym bardziej denerwować się przy okienku biurowym, bo te tak niekorzystne dla ustroju warunki mogłyby się odbić na obrazie EKG. A więc przede wszystkim spokój. Badając sportowców przekonano się, że na skutek emocji przed startem krzywe EKG przed zawodami wykazywały wielkie zaburzenia w sercu, natomiast po zawodach wszystkie te zmiany ustępowały bez śladu. Z tego wynika, że sama emocja, stan pewnego podniecenia nerwowego uniemożliwia wykonanie normalnego zdjęcia i daje fałszywy obraz czynności serca. Bardzo wielu chorych, zwłaszcza nerwicowych, obawia się nowego zabiegu, boją się po prostu że odczują jakiś niespodziany wstrząs przy włączeniu aparatu. Należy tych chorych uspokoić, wytłumaczyć, że badanie to nie sprawia żadnego wrażenia, że jest to zwykła fotografia, co zresztą wcale nie mija się z prawdą, prądy bowiem biegną od chorego do aparatu, a nie odwrotnie.

W szpitalu, do ciężko chorych, np. z zapaleniem wsierdzia lub z zawałem mięśnia sercowego, pielęgniarka powinna przewieźć aparat na salę chorych, do łóżka pacjenta. Chociaż aparat jest bardzo czuły, da się jednak przewozić przy zachowaniu pewnych ostrożności. Pielęgniarki muszą się na tyle orientować w stanie chorego, by pacjenta, któremu każde poruszenie lub przewożenie grozi poważnymi następstwami, niepotrzebnie nie narażać. Chorych w nieco lepszym stanie powinno się przywozić do gabinetu EKG na płaskim wózku opatrunkowym, nie zaś na fotelu, aby zabieg można było wykonać bezpośrednio na wózku bez przenoszenia i poruszania chorego.

Ponieważ elektrokardiogram musi być wykonany w warunkach dla ustroju jak najbardziej normalnych, trzeba pamiętać, by za każdym razem zapytać chorego ambulatoryjnego, czy nie pobierał leków nasercowych z grupy naparstnicy (digitalis) lub strofantu. Pielęgniarki szpitalne mają obowiązek odnotowywać to na skierowaniu obok rozpoznania. W razie, jeśli chory leki takie przyjmował, trzeba ustalić jak dawno, leki te bowiem zmieniają obraz i wykres traci swą wartość. Jest to rzecz bardzo ważna i nie należy o tym zapominać. Zdarza się, że chory już nazajutrz po przybyciu do szpitala kierowany jest do EKG i pielęgniarka zaznacza na skierowaniu, że pacjent wspomnianych leków nie otrzymał..., tymczasem z krótkiego wywiadu dowiadujemy się, że chory leki te używał w domu. Wiemy, że naparstnica pozostaje w ustroju przez długi czas i wykres nie będzie odpowiadał rzeczywistości. Pielęgniarka musi pamiętać, że chociaż w tym wypadku bezpośrednio choremu nie zaszkodzi, to jednak na skutek jej niesumienności zabieg nie będzie miał wartości diagnostycznej.

Trzeba także pamiętać, że gorączka wzmaga akcję serca, nieraz bardzo znacznie. Dlatego w zasadzie — jeśli to tylko możliwe — nie wykonuje się elektrokardiogramu w stanach gorączkowych. Jeżeli jednak badanie takie jest nieodzowne, to trzeba koniecznie na skierowaniu zaznaczyć — „chory gorączkuje do 39°". Również lekarz opiekujący się pacjentem musi wiedzieć o tym, że w czasie badania chory miał gorączkę.

Dalszy ciąg w następnym numerze.

WOŹNIAK KAZIMIERA

Jak zapobiegać chorobom oczu?

Nie ulega wątpliwości, że najważniejszym ze wszystkich zmysłów człowieka jest wzrok. Jemu też głównie ludzkość zawdzięcza postęp w każdej dziedzinie życia. Aby zachować narząd wzroku w należytym stanie, dla pożytku i korzyści własnych i społecznych, należy o niego dbać według pewnych, ściśle określonych zasad. Musimy więc zapobiegać schorzeniom oczu własnych i oczu naszych dzieci przez:

1. przestrzeganie higieny wzroku,
2. kontrolę stanu zdrowia oczu,
3. kontrolę zdrowia całego organizmu w ogóle,
4. ochronę gałki ocznej przed urazem, skaleczeniem, a
5. w razie choroby zakaźnej — przez izolację i dezynfekcję
6. w przypadku skaleczeń gałki ocznej możemy zapobiec powikłaniom zakaźnym przez stosowanie aseptyki i antyseptyki.

Higiena wzroku

Najważniejszym czynnikiem w zakresie higieny wzroku, szczególnie przy pracy wymagającej wysiłku wzrokowego, jest należyte oświetlanie.

Najlepsze oświetlenie daje nam światło dzienne, jasne i rozproszone, przyczym kąt padania i kąt odbicia powinny być jak największe. Światło powinno padać na książkę, warsztat, robótkę z a w s z e z l e w e j s t r o n y.

Zbyt silne światło, podobnie zresztą jak światło zbyt słabe, ź l e wpływa na stan naszego wzroku. Podczas gdy pierwsze spowodować może „olśnienie", drugie przyspiesza zjawienie się krótkowzroczności i wywołuje różne dolegliwości.

Przy nadmiernym oświetleniu, na przykład w pracy w świetle łuku Volty, przy spawaniu, przy lampie kwarcowej, na plaży — powinno się nosić odpowiednie okulary ochronne.

Nie należy wysilać oczu o zmroku, w nocy, nie czytać w pozycji leżącej, w pociągu, w tramwaju, ani podczas chodzenia.

Praktycznie mówiąc, do wszystkich prac wzrokowych powinno się wykorzystywać przede wszystkim naturalne światło dzienne: w lecie wstawać wcześnie rano, w zimie zaś tak ułożyć sobie zajęcia obciążające wzrok, aby nie nadużywać światła sztucznego.

Najlepsze warunki do pracy, jeśli chodzi o oświetlenie sztuczne, daje światło elektryczne, rozproszone i nierażące. Do nocnych zajęć szpitalnych, ze względu na oczy chorych i personelu, poleca się w miarę możności światło niebieskawe.

Praca w pyle, dymie, oparach różnych substancji chemicznych usposobia do przewlekłych stanów zapalnych spojówek, a tym samym wymaga również używania okularów ochronnych.

Z punktu widzenia higieny wzroku konieczny jest racjonalny odpoczynek oczu i dlatego przy pracach wzrokowych zaleca się 10 — 15 minut przerwy co godzinę. Po intensywnej pracy umysłowej, która bardzo męczy oczy, poleca się odpoczynek, najlepiej w postaci spaceru na świeżym powietrzu. W razie przemęczenia oczu kojąco działają okłady z zimnej wody lub 3% roztworu kwasu bornego.

Kontrola wzroku

Kontrolę wzroku należy obowiązkowo przeprowadzać u dzieci i u ludzi starszych. U dzieci kontrola ma na celu wyłapywanie przypadków krótkowzroczności i wad w budowie gałki ocznej, które powodują zaburzenia refrakcji. Wady tego rodzaju wybitnie utrudniają, niekiedy nawet uniemożliwiają wykorzystywanie narządu wzroku, a tym samym hamują prawidłowy rozwój dzieci. Zaburzenia refrakcji prowadzą często do nieprawidłowego ustawienia gałki ocznej, czyli do zeza. Wczesne zezy u dzieci można nieraz wyrównać odpowiednimi ćwiczeniami, względnie przez dobranie odpowiednich szkieł.

Nie leczenie wad w budowie gałki ocznej, zaniedbanie zeza w dzieciństwie — w starszym wieku mus już prowadzić do zabiegu operacyjnego, co jest o wiele bardziej ryzykowne od leczenia zapobiegawczego.

Kontrola wzroku u osób starszych ma na celu jak najwcześniejsze stwierdzenie zmian tworzących się na skutek starzenia się całego organizmu. Lekarz — okulista może wyrównać zaburzenia tego rodzaju przez dobranie odpowiednich okularów, a tym samym przedłużyć człowiekowi zdolność do pracy, przydatność społeczną, a nadto podnieść u tych osób upadającą wiarę we własną użyteczność.

Kontrola stanu zdrowia całego organizmu

Ogólna kontrola całego organizmu ma bardzo doniosłe znaczenie także dla narządu wzroku. Kontrolę taką należy powtarzać co pewien czas, np. w ośrodku zdrowia.

Z uwagi na oczy, kontrola taka powinna iść w kierunku badania stanu uzębienia, migdałków i nerek, oraz w kierunku wykluczenia, ewentualnie stwierdzenia gruźlicy, choroby gośćcowej, nowotworów, schorzeń przemiany materii i gruczołów wydzielania wewnętrznego. Wyżej wymienione schorzenia — zaniedbane wywołują nierzadko wtórne schorzenia narządu wzroku, często nieodwracalne.

Musimy więc dbać o zdrowie całego naszego organizmu. Dbać i leczyć się, bo zaniedbanie schorzeń narządów wewnętrznych uniemożliwi wyleczenie wywołanych przez nie chorób oczu.

Ochrona gałki ocznej przed urazami i skaleczeniem

Najmniejsze skaleczenie gałki ocznej grozi niebezpieczeństwem powstania zakażenia, szerzącego się na całe oko, oczodół i na ustrój w ogóle.

Uszkodzenia rogówki wskutek skaleczenia lub poparzenia środkami chemicznymi powodują two rzenie się w następstwie blizn, plam, które upośledzają wzrok.

Uszkodzenia tęczówki, ciałka rzęskowego, siatkówki, upływ ciałka szklistego, przerwanie nerwu wzrokowego — mogą doprowadzić do ślepoty. W obawie przed tak strasznym kalectwem:

Rodzice powinni chronić oczy swoich dzieci, pilnować, by dzieci nie bawiły się ostrymi narzędziami, jak noże, nożyczki, pióra, ostro zakończonymi przedmiotami, jak ołówki, patyki, zabawki, by nie rzucały kamieniami, by nie miały dostępu do środków wybuchowych, pocisków itp.

Należy pouczać dzieci starsze, że przedmioty ostro zakończone trzeba nosić ostrzem ku dołowi.

Należy przestrzegać dorosłych, zwłaszcza pracujących w takich zawodach jak ślusarz, szofer, mechanik, tokarz, że ich oczy są specjalnie narażone na niebezpieczeństwo i, że powinni je chronić okularami ochronnymi.

W ostrych chorobach zakaźnych

W razie zaistnienia ocznych chorób zakaźnych, jak na przykład ostre zapalenie spojówek, wywołane przez bakterie ropne, gronkowce dwoinki rzeżączki, pałeczki błonicy, zarazki odry, ospy lub jaglicy — trzeba chorego natychmiast izolować.

Izolować, to znaczy odosobnić od otoczenia, zapewnić choremu oddzielne łóżko, pościel, miednicę, ręcznik itd. Wszystkie przedmioty tego rodzaju, zwłaszcza przed oddaniem do wspólnego użytku trzeba koniecznie dokładnie zdezynfekować przy pomocy lizolu, kresolu, względnie przez pranie i gotowanie, prasowanie itp.

Postępowanie w razie skaleczenia oka

Skaleczenie oka, względnie jego okolicy ułatwia zarazkom wtargnięcie w głąb gałki ocznej i wywołanie w poszczególnych warstwach oka niebezpiecznych stanów zapalnych, które nie leczone, albo leczone za późno mogą doprowadzić do zropienia i zniszczenia całej gałki ocznej, a przez bliski kontakt z mózgiem do zapalenia opon mózgowych i śmierci.

W razie skaleczenia oka, bodaj najmniejszego, nie wolno dotykać go brudnymi (choć pozornie „czystymi") rękami, zawijać brudną chusteczką lub niejałowym opatrunkiem! Ranę trzeba zaopatrzyć opatrunkiem bezwzględnie jałowym, względnie wypranym i wyprasowanym kawałeczkiem białego płótna, chorego zaś natychmiast wysłać do lekarza, który w razie potrzeby usunie ciało obce z oka, zeszyje ranę, zaleci wstrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej itp.

Kazimiera Woźniak

Pielęgnowanie dzieci chorych na koklusz

KOKLUSZ jest ciężką i groźną dla życia dziecka chorobą zakaźną, szczególnie niebezpieczną dla dzieci najmłodszych. Dziecko może zachorować na koklusz już nawet w pierwszych dniach swego życia, przy czym w tym właśnie okresie powstają często ciężkie komplikacje, które mogą być powodem śmierci dziecka.

Niektóre matki, podobnie zresztą jak część pracowników służby zdrowia, uważają koklusz niesłusznie jeszcze dotąd za niegroźną i prawie nie dającą się uniknąć chorobę dziecinną. Pogląd ten jest bardzo niebezpieczny.

Statystyka wykazała, że z pośród chorób, będących przyczyną śmierci dzieci, koklusz zajmuje obecnie jedno z pierwszych miejsc. Duże znaczenie dla przebiegu choroby ma wiek dziecka, dlatego też w walce ze śmiertelnością dzieci jednym z najważniejszych zadań pracowników służby zdrowia jest chronić oseski i dzieci przed zachorowaniem na koklusz. Ażeby skutecznie walczyć z zachorowaniami, aby na czas poczynić niezbędne kroki zapobiegawcze, trzeba umieć rozpoznać tę chorobę, trzeba wiedzieć jakimi drogami ona się szerzy.

Etiologia i patogeneza

Przyczyną kokluszu jest laseczka *Bordet-Gangou.* U dziecka chorego na koklusz mikrob ten usadawia się w górnych drogach oddechowych — w krtani, tchawicy i oskrzelach. Podczas kaszlu i kichania wraz z kropelkami śliny i śluzu bakterie te, trafiając na błony śluzowe zdrowego dziecka, zarażają je. Przekazywanie infekcji odbywa się więc drogą kropelkową, źródłem zarazy jest dziecko chore na koklusz, drogą przenoszenia — jego ślina. Przez osobę trzecią choroba się nie przenosi, ponieważ laseczka kokluszu poza ustrojem bardzo prędko ginie.

Choroba jest najbardziej zaraźliwa w pierwszym okresie — w okresie kataralnym, kiedy w drogach oddechowych chorego znajduje się największa ilość laseczek kokluszowych. Poczynając od drugiego — trzeciego tygodnia choroby, w wydzielinach, pobranych z błon śluzowych chorego znajduje

się znacznie mniej laseczek kokluszu, zaś po trzydziestu dniach od chwili rozpoczęcia się konwulsyjnego kaszlu dziecko już całkowicie nie zagraża otoczeniu i może powrócić do gromady dzieci zdrowych.

Okres wylęgania kokluszu (tj. czas od chwili zarażenia się do chwili ujawnienia się choroby) nie jest jednakowy dla wszystkich dzieci, a wynosi średnio od 3 do 5 tygodni. Im młodsze dziecko, tym krótszy jest okres wylęgania choroby.

Objawy

W przebiegu choroby odróżnia się 3 okresy: kataralny, konwulsyjny i okres rekonwalescencji.

Koklusz, w odróżnieniu od innych chorób zakaźnych nie ma ostrego okresu początkowego. Zazwyczaj nie ma ani wysokiej ciepłoty, ani ostrych objawów toksycznych, ani nawet wyraźnych początkowych objawów choroby. Koklusz zaczyna się niewielkim lecz uporczywem kaszlem, który niepokoi dziecko po nocach. Z każdym dniem kaszel się wzmaga, dziecko kaszle coraz częściej i uporczywiej i przy końcu drugiego tygodnia zjawia się tak zwane „zanoszenie się". Zaczyna się drugi okres — konwulsyjny. W czasie pierwszego okresu choroby, kataralnego, kaszel kokluszowy mało różni się od kaszlu przy grypie lub nieżycie oskrzeli. Jedynie uporczywe zwiększanie się kaszlu, zwłaszcza częsty kaszel po nocach, może budzić podejrzenie na koklusz.

Do rozpoznania kokluszu w tym okresie może dopomóc badanie krwi dziecka. Badanie to wykaże znaczny wzrost liczby krwinek białych (leukocytów i limfocytów) zaś odczyn opadania krwinek pozostaje normalny.

U dzieci w pierwszych miesiącach życia w okresie kataralnym obserwuje się czasem podwyższenie temperatury i wyraźne objawy kataralne. W tym wieku okres kataralny jest znacznie krótszy i trwa nie 10—12 dni, jak u dzieci starszych, lecz 4—6 dni.

W czasie drugiego okresu — konwulsyjnego — ataki kaszlu następują jeden po drugim w postaci wstrząsów kaszlowych, po których zjawia się głęboki świszczący wdech, w ślad za tym znów szereg nowych wstrząsów kaszlowych, znów świszczący wdech itd. Wygląd dziecka sprawia bardzo silne wrażenie: wysunięty język, sine wargi, obficie wydzielające się łzy, śluz ciągnący się z nosa. Atak kaszlu często kończy się wymiotami.

Powtarzające się ataki kaszlu bardzo wyczerpują dziecko. Zakłócenie rytmu oddechowego i podrażnienie błon śluzowych dróg oddechowych przez bakterie kokluszowe prowadzą do zaburzeń przemiany gazowej w płucach, na skutek czego dziecko cierpi na niedobór tlenu. Twarz dziecka nawet między napadami kaszlu ma odcień sinawy i jest trochę obrzęknięta. Taki sam odcień i obrzęki widzimy na kończynach. Dzieci tracą apetyt, chudną, są rozdrażnione.



W.A.F.

Każde dziecko przed lotem poddane jest badaniu lekarskiemu

U dzieci kilkumiesięcznych napady kaszlu mają charakter inny. Nawet w okresie konwulsyjnym nie ma charakterystycznego świszczącego wdechu („reprizu"). Atak kaszlu polega na wstrząsach kaszlowych, które trwają bardzo długo, bez przerwy 2—5, a nawet 10—15 minut. Dzieci gwałtownie sinieją, często następują przerwy w oddychaniu z towarzyszącą asfiksją aż do utraty świadomości. Dla przerwania takich ataków nieraz trzeba uciec się do sztucznego oddychania.

Jednym z ważniejszych objawów kokluszu wpływających na przebieg i wynik choroby jest niedostateczna ilość tlenu w organiźmie, występująca tym jaskrawiej im dziecko jest młodsze.

Temperatura w okresie konwulsyjnym pozostaje zazwyczaj normalna, o ile nie występują powikłania, zdarza się jednak, że może być podwyższona. Okres konwulsyjny trwa zazwyczaj 3—4 tygodnie, lecz zdarza się, że przeciąga się i do 2—3 miesięcy, co przeważnie ma miejsce u dzieci cierpiących na krzywicę lub gruźlicę.

W dalszym przebiegu choroby kaszel zmniejsza się stopniowo, ataki są rzadsze, lżejsze i choroba przechodzi w okres trzeci — rekonwalescencji.

Powikłania

Najczęściej spotykanym i najbardziej niebezpiecznym powikłaniem zwłaszcza dla osesków i dla dzieci młodszych jest zapalenie płuc.

Zapalenie płuc rozwija się czasem niespostrzeżenie dla otoczenia: temperatura stopniowo podnosi się, kaszel się wzmaga, duszność i sinica — zwiększają się. Przebieg zapalenia płuc przy kokluszu jest ciężki, długotrwały, z trudem poddaje się leczeniu.

Drugą ciężką i niebezpieczną dla życia dziecka komplikacją kokluszu jest porażenie ośrodkowego układu nerwowego. Często powtarzające się ciężkie napady kaszlu, powodujące głód tlenu w organiźmie, zakłócają obieg krwi w mózgu, co może prowadzić do obrzęku mózgu. Zjawiają się skurcze mięśni mimicznych twarzy, a następnie ogólne drgawki, kloniczne i toniczne, wreszcie — utrata świadomości. Podobne powikłania obserwuje się prawie wyłącznie u dzieci w pierwszym roku życia. Jest to objaw groźny, częsta przyczyna śmierci. Jeżeli dziecko wyzdrowieje, objawy te nie pozostawiają żadnych trwałych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, nie powodują więc w przyszłości ani zakłóceń psychiki dziecka, ani zaburzeń ruchu.

W czasie okresu konwulsyjnego choroby u dzieci starszych obserwuje się czasem wylewy krwi pod skórę, do twardówki oczu i krwotoki z nosa. Chociaż objawy te robią na otoczeniu bardzo przykre wrażenie (zwłaszcza wylewy krwi do twardówki) nie są niebezpieczne i nie pozostawiają żadnych ciężkich następstw.

Leczenie

Jak więc z powyższego wynika, w okresie konwulsyjnym kokluszu obserwuje się mniej lub więcej silne porażenie dróg oddechowych oraz układu krwionośnego i nerwowego, dlatego też leczenie kokluszu jest zadaniem bardzo trudnym.

Zasadniczym momentem leczenia dziecka chorego na koklusz jest odpowiedni reżim i właściwe odżywianie. Tu właśnie widzimy jak bardzo ważna jest rola pielęgniarki przy leczeniu dziecka chorego na koklusz.

W czasie kokluszu dziecko najwięcej cierpi z powodu głodu tlenowego, dlatego najlepszą metodą kuracji — jest jak najdłuższe przebywanie na świeżym powietrzu. Dzieci chore na koklusz najlepiej czują się w świeżym chłodnym powietrzu, przy temperaturze od + 10 do — 10 stopni. W takich warunkach oddech staje się głębszy, bardziej rytmiczny, dziecko uspokaja się i zasypia. Ataki kaszlu stają się rzadsze i lżejsze. Skóra nabiera różowego koloru. Wentylacja płuc poprawia się, polepsza się przemiana gazowa, a w wyniku tego polepsza się również ogólny stan dziecka. Powraca apetyt i sen.

W lecie, dziecko chore na koklusz powinno na powietrzu przebywać przez całą dobę. W zimie — co najmniej 6—8 godzin. Dzieci dobrze ubrane bardzo dobrze znoszą mróz do — 15 stopni.

Duże znaczenie dla uzyskania lżejszego przebiegu kokluszu u dzieci posiada moment pedagogiczny. Zajmująca zabawa, czytanie ciekawej opowiastki lub bajki sprawia, że dzieci prawie wcale nie kaszlą. Personel pielęgnujący powinien umieć czymś zainteresować dziecko, przyciągnąć jego uwagę tak, by mogło zapomnieć o chorobie. I tu właśnie pielęgniarka mająca największą styczność z chorym dzieckiem może okazać dużą pomoc.

Na odżywienie dziecka chorego na koklusz należy zwrócić specjalną uwagę. Odżywianie powinno być pełnowartościowe i zawierać dużo witamin. Chore dziecko należy karmić często, podając jednak małe ilości na raz, ponieważ przepełniony żołądek uciska na przeponę i może wywoływać kaszel. Pożywienie powinno być treściwe, lecz nie suche, nie powinno zawierać nic ostrego, aby nie prowokować do kaszlu.

Dawniej przy leczeniu kokluszu szeroko stosowano kodeinę, luminal, brom itd. Obecnie środków tych już się nie stosuje, ponieważ tylko w niewielkim stopniu uspokajają kaszel, natomiast ujemnie oddziaływują na oddech, zwiększając głód tlenu występujący przy kokluszu i bez tego bardzo jaskrawie. Dla dzieci w pierwszym roku życia wspomniane środki są wręcz przeciwwskazane.



W.A.F.

Dla młodych pasażerów podróż samolotem jest bardzo atrakcyjna

Od roku 1946 zaczęto w Związku Radzieckim produkować wieloważną surowicę przeciwkokluszową używając do tego celu krwi dawców, uodpornionych poprzednio szczepionką kokluszową. Surowica to stosowana w okresie kataralnym w wielu wypadkach przerywa rozwój procesu chorobowego. Dzieci leczone omawianą surowicą przechodziły koklusz bardzo lekko i w większości wypadków nie miewały kaszlu konwulsyjnego, względnie ataki nie były ciężkie. Wieloważna surowica przeciwkokluszowa stosowana w okresie kaszlu konwulsyjnego nie daje żadnego efektu. Surowicę zastrzykuje się domięśniowo dwukrotnie po 30 cm^3 w odstępie 48 godzin. Surowicę tę można profilaktycznie stosować dzieciom, które miały kontakt z chorymi na koklusz. Dotychczas dzieciom, które kontaktowały się z chorymi na koklusz, stosowano w celach profilaktycznych zwykłą ludzką surowicę, lecz osiągano znacznie mniejszy efekt.

Zapobieganie

Leczenie dziecka chorego na koklusz stanowi zadanie niełatwe i dlatego największy nacisk należy w skupiskach dzieci położyć na zapobieganie tej chorobie.

Problem czynnego uodpornienia przeciw kokluszowi rozpracowuje się ciągle w radzieckich instytucjach naukowo- badawczych, lecz jak dotychczas, nie znaleziono ostatecznego rozwiązania.

Koklusz zaczyna się — jak wiemy — od nietypowego pokasływania, a ponieważ jednocześnie w tym okresie choroba jest najbardziej zaraźliwa, każde dziecko kaszlące powinno być izolowane aż do chwili ustalenia właściwego rozpoznania.

Dziecko podejrzane na koklusz musi używać osobnych naczyń, bielizny, ręcznika, chustki itp., ponieważ w okresie kataralnym zarazki kokluszu znajdują się właśnie w wydzielinach z nosa i gardzieli dziecka.

W razie stwierdzenia choroby, wszystkie dzieci, które miały kontakt z chorym, powinny przejść kwarantannę. Dzieciom takim zebranym w gromadzie należy zapewnić dobre warunki sanitarno-higieniczne i dobre odżywienie, a przy tym powinny one jak najwięcej czasu spędzać na powietrzu. Jeżeli jakieś dziecko z tej grupy zacznie kasłać należy je izolować. Zadaniem pielęgnarki opiekującej się skupiskiem dzieci jest w porę zauważyć podejrzany kaszel i natychmiast dziecko takie izolować, aby w ten sposób inne dzieci uchronić od zachorowania.

W razie gdy kilkoro dzieci zachoruje na koklusz równocześnie, konieczne jest stworzenie grupy kokluszowej. Zarówno lokal mieszkalny, jak i miejsce przeznaczone na spacery dla chorych dzieci powinny być izolowane.

opracował W.T.

Wymiana bielizny

Opracowanie wymiany bielizny zależy od ilości zmian bielizny, jaką szpital dysponuje. Przy najmniejszej ilości kompletów (3 zmiany) na oddziale równocześnie pozostają dwa: jeden na łóżku chorego i na chorym, drugi komplet zaś w magazynku zapasowym lub szafie pielęgniarki oddziałowej. Trzecia zmiana — w pralni.

Kontrola bielizny posiadanej na oddziale musi być bardzo ścisła, bo odpowiada za nią nie tylko pielęgniarka oddziałowa, lecz przede wszystkim pielęgniarki odcinkowe wraz z całą służbą oddziałową.

Chory powinien być poinformowany, że odpowiada za inwentarz (przede wszystkim za bieliznę); przed wypisaniem musi zdać wszystko co ma z oddziału (obowiązująca bardzo delikatna, ale dokładna kontrola rzeczy, jakie zabiera ze sobą). Specjalną uwagę na inwentarz i bieliznę należy zwracać w dniu odwiedzin. Rzeczy dodatkowe, zbyteczne należy przed odwiedzinami zbierać.

Odcinki wyliczają się dokładnie z posiadanej bielizny, brudną bieliznę zdają, a czystą na popołudnie przyjmują o godz 14. Nocne pielęgniarki przyjmują zapas bielizny od popołudniowych i rano wyliczają się z niego.

Oddziałowe zdają brudną bieliznę codzień z rana (z wyjątkiem niedziel i świąt) w godzinach ustalonych dla poszczególnych oddziałów. Bielizna z całego szpitala musi być rano zaniesiona i najpierw posegregowana, a następnie zdawana w brudowniku przy pralni w godzinach następujących (przykładowo):

o godz. 7 — sale operacyjne (wtorek, czwartek, sobota), ambulatorium, kąpielisko, apteka, pracownie i inne (poniedziałek, środa, piątek).

W większych szpitalach oddziały mogą zdawać swą brudną bieliznę codziennie, z tym że muszą przestrzegać wyznaczonych godzin, np.:

7,10 — interna męska,
7,20 — interna kobieca,
7,30 — chirurgia męska
7,40 — chirurgia kobieca,
7,50 — położnictwo itd.

Od godziny 7—8 cała brudna bielizna powinna być już zdana.

Przyjmowanie przez oddziały czystej bielizny z pralni odbywa się o godz. 7,30 — sale operacyjne (wtorek, czwartek, sobota). Dni dla sali operacyjnej ustala się w zależności od dni operacyjnych. Ambulatorium, kąpielisko, apteka, pracownie i inne — poniedziałek, środa, piątek,

7,40 — interna męska,
7,50 — interna kobieca,
8,00 — chirurgia męska,
8,10 — chirurgia kobieca,
8,20 — ginekologia itd.

Od godz. 7,30 do 8,30 cała czysta bielizna powinna już być odebrana.

Fartuchy służby należą do inwentarza oddziałów, są więc zdawane i odbierane razem z nim (znaczone kolorem oddziałów).

Mundury pielęgniarek (poza fartuchami opatrunkowymi) wydawane są poszczególnym pracownikom za pokwitowaniem i muszą być znaczone indywidualnie — numerem. Pielęgniarka oddziałowa przedstawia pralni wykaz numerów ze swego oddziału. Zdawanie i odbieranie odbywa się poprzez oddział, nigdy samodzielnie (unika się wówczas zamiany, gubienia itd.). Czysty mundur pielęgniarka otrzymuje bezpośrednio od swej oddziałowej.

Płaszcze i spodnie lekarskie należą również do inwentarza oddziału, nie są znakowane, a wymienia się je przez oddziały. Płaszcze i spodnie krojone indywidualnie są znakowane (np. dla dyrektora, operatora, ordynatora itd.).

Wymiana bielizny u chorych odbywa się w miarę potrzeby, przeciętnie raz w tygodniu, w dzień uzgodniony, np. w piątek.

Również raz w tygodniu powinny być zmieniane ręczniki i ścierki z pracowni i apteki, podobnie płaszcze woźnych, windziarzy itp.

Bielizna sal operacyjnych i oddziałów zakaźnych musi być prana oddzielnie. Również bielizna kuchni i bielizna prywatna, jeżeli szpital pierze dla personelu mieszkającego w szpitalu.

Uwaga: Personel mieszkający w szpitalu może oddawać bieliznę pościelową wypożyczoną ze szpitala także w dni oznaczone przez pralnię, trzymając sie ściśle godzin i dni wyznaczonych na zdawanie i odbieranie. Bielizna ta ma być zliczona na 3 kartkach, z których 2 zdaje się do pralni, a trzecią, pokwitowaną przez pralnię, zabiera pracownik i przechowuje ją aż do chwili odebrania czystej bielizny.

Prywatna bielizna chorych nie może być przyjmowana do pralni szpitalnej. Wymianę takiej bielizny (jeżeli to szpital toleruje) pomiędzy separatką chorego a jego domem organizuje tylko pielęgniarka oddziałowa.

Nika Lisowska

W SZKOLE I NA KURSIE

We wrześniu br. odbyła się w Swidnicy uroczystość zakończenia 6-miesięcznego kursu Młodszych Pielęgniarek PCK, pod hasłem „Tworzymy kadry socjalistycznej Służby Zdrowia". Kurs ukończyło 50 uczennic, córek robotników i chłopów, z których 40% stanowią repatriantki z Francji.

Rada Pedagogiczna Ośr. Szk. Mł. Piel. PCK w Świdnicy wyróżniła następujące uczennice jako przodownice pracy społecznej i nauki i nagrodziła je książkami:

Chojnacka Barbara
Gębka Daniela
Franczak Janina
Każarnowicz Genowefa
Kozik Czesława
Staśko Zofia
Wronka Aniela

A oto przodownice nauki:

Czuba Janina
Dyrga Helena
Kruk Łucja
Łobaza Aniela
Michalska Jadwiga
Możdżer Janina
Osmakiewicz Franciszka
Pasek Leokadia
Piotrowska Romualda
Plewa Helena
Ratkowska Stanisława
Tyszko Janina
Wieczorek Janina
Żych Henryka

W uroczystości wzięli udział przedstawiciele Miejskiej Rady Narodowej, Komitetu Powiatowego i Miejskiego PZPR, Polskiego Czerwonego Krzyża, Powiatowej Rady Związków Zawodowych, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Inspektoratu Szkolnego i wiele zaproszonych gości.

Dyrektorka Ośrodka, ob. Eugenia Szulc wygłosiła referat pt. „Socjalizm to troska o człowieka". Samorząd Szkolny złożył sprawozdanie ze swej działalności za okres trwania kursu i podając ją krytyce przekazał swe doświadczenia przyszłym kursom.

Na zakończenie, po rozdaniu świadectw i nagród, uczennice odśpiewały „Międzynarodówkę" oraz „Hymn Pielęgniarski".

**
*

Nowe Szkoły Pielęgniarstwa:

Jelenia Góra, ul. 22 lipca, czynna od maja rb.

Kielce, ulica Niska, przy Szpitalu Powiatowym, czynna od maja rb.

Olsztyn, przy Szpitalu Wojewódzkim, czynna od maja rb.

Białystok, ul. Piwna 5, czynna od 15 września rb.

Szkoły Pielęgniarstwa Pediatrycznego z kursem 2-letnim, powstały:

W Warszawie, ul. Nowogrodzka 75, czynna od września rb.

We Wrocławiu, ul. Krakowska 28, czynna od września rb.

Nowe Szkoły Położnych:

Bytom, czynna od września rb.

Gdańsk-Wrzeszcz, przy Akademii Lekarskiej, czynna od września rb.

Do wszystkich tych szkół, Pielęgniarstwa, Położnych i Pediatrycznych, przyjmowane są kandydatki po ukończeniu 16 lat ze świadectwem ukończonych 9 klas szkoły podstawowej. Przed przyjęciem kandydatki obowiązuje egzamin wstępny. Wyjątkowo mogą być również przyjęte kandydatki z mniejszą liczbą ukończonych klas szkoły podstawowej, ale wykazujące specjalne uzdolnienia i cieszące się dobrą opinią i, jeżeli zdadzą egzamin wstępny.

Głos mają korespondenci

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA W NOWYM SĄCZU

Doceniając znaczenie Święta Ludowego, które rok rocznie uroczyście obchodzą wszyscy chłopi na ziemiach polskich, uczennice naszej szkoły postanowiły uczcić je zorganizowaniem Akademii w Muszynie k/Krynicy.

W drodze do Muszyny auto nasze mijało odświętnie ubranych chłopów zdążających tłumnie do Domów Ludowych na obchód swego Święta.

Na program występów złożyły się tańce ludowe, śpiewy i deklamacje. Występy podobały się publiczności, co sprawiło nam szczerą radość.

Pracując na oddziałach szpitalnych, opiekując się chorym chłopem, biorąc udział w ekipach lekarskich, jeżdżąc co niedziela na wieś, organizując występy dla wsi — mamy głębokie przeświadczenie, że dobrze staramy się o podniesienie stanu zdrowia i kultury wsi, zacierając dawne jej smutne oblicze i przyczyniając się tym samym do budowy nowej Ojczyzny.

Korespondentka Szkolna
Stanisława Grabowska

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA W CHEŁMIE

Słuchaczki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Chełmie podjęły zobowiązanie otoczenia opieką higieniczną Spółdzielni Produkcyjnej w Kamiennej Górze. Na stałą opiekunkę tej Spółdzielni została wyznaczona dyretorka Szkoły, ob. Szoc.

Stawiając pierwsze kroki w realizacji zobowiązania, uczennice naszej szkoły wyjechały do Kamiennej Góry w celu poznania członków Spółdzielni i nawiązania z nimi bliższego kontaktu.

Razem z nimi udali się także uczniowie Technicum Mechanicznego w Chełmie, których zadaniem było naprawianie narzędzi rolniczych. Praca naszych kolegów dała odrazu widoczne rezultaty i przyniosła wiele pożytku chłopom zrzeszonym w Spółdzielni.

Do naszych zadań należało przeprowadzenie pogadanek na tematy potrzeb higieny codziennej i udzielanie konkretnych rad dla jej wprowadzenia w życie oraz przyrządzanie posiłków dla zapracowanych kolegów z Technicum

W Kamiennej Górze spędziłyśmy dwa dni, które zapoczątkowały naszą pracę opiekuńczą nad Spółdzielnią.

Możemy śmiało powiedzieć, że pozyskałyśmy serca członków Spółdzielni, którzy żegnali nas bardzo serdecznie i przyrzekali odwiedzić nas w Chełmie, ażeby zobaczyć, w jakich warunkach obecnie żyją i uczą się ich dzieci, dzieci chłopów i robotników zdobywając zawód.

Wizyta ta odbyła się bardzo uroczyście. Przyjechały 42 osoby, które gościliśmy bardzo serdecznie.

Po zwiedzeniu naszej szkoły, gości podejmowano obiadem, a następnie wzięli oni udział w zorganizowanej dla nich akademii składającej się z części poważnej i artystycznej.

Pożegnałyśmy naszych gości nie na długo, ponieważ realizując nasze zadanie będziemy utrzymywały stały kontakt ze Spółdzielnią.

Aurelia Adamczyk
Słuch. I kursu P.S.P.

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA W CHEŁMIE LUBELSKIM

Dn. 26. VI. br. Szkoła nasza gościła delegatów, biorących udział w wycieczce do ZSRR ob. ob. Olszowego Jakuba i Jaskowca Pawła, którzy, znajdując się w drodze powrotnej do stron rodzinnych, na zaproszenie Dyrektorki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Chełmie, odwiedzili Szkołę i podzielili się z nami swymi wrażeniami.

Po zakomunikowaniu przez ob. Dyrektorkę Szkoły o mającej nastąpić wizycie wszystkie słuchaczki ogarnął entuzjazm, bo przecież za chwilę miałyśmy ujrzeć i usłyszeć tych, którzy mieli możność zwiedzić kraj przodujący w każdej dziedzinie życia. Zgromadzone w świetlicy szkolnej usłyszałyśmy słowa prawdy o ZSRR, którę powinien znać każdy obywatel naszego kraju.

Na wstępie delegaci złożyli nam, jako młodzieży ZMP, bratnie pozdrowienia od przodującej organizacji młodzieżowej ZSRR-Komsomołu. Ob. Jaskowiec z entuzjazmem opowiadał o młodzieży radzieckiej zorganizowanej w Komsomole i Pionierze, o młodzieży, która wytrwale zdobywa wiedzę, by następnie stanąć w szeregach budowniczych lepszego jutra zarówno swojej ojczyzny, jak i całej ludzkości.

Mając łatwy dostęp na wyższe uczelnie szkolą się ustawicznie w ZSRR nowe kadry inteligencji, a liczne szkoły zawodowe zwiększają szeregi fachowców. „Młodzież nie posiadająca większych zdolności — jak nas informuje ob. Jaskowiec — po odpowiednim przeszkoleniu staje z zapałem do pracy we wspólnych gospodarstwach - kołchozach".

Następnie mówi ob. Olszowy: po zwiedzeniu 7 kołchozów, 2 sowchozów, 3 ośrodków maszynowych w okręgu Odeskim, może z całą stanowczością stwierdzić, że gospodarka ZSRR, mimo zniszczeń wojennych, osiągnęła już b. wysoki stopień rozwoju, a ustawiczna praca nad dalszymi udoskonaleniami zapowiada szybki postęp. Życie w kołchozie stanowi najlepszy obraz wyników zbiorowej pracy, stwarza jdenakowy stosunek do wszystkich obywateli, dając im równocześnie wszelkie warunki dostatecznego bytowania.

Ciągłą troską Państwa o swego obywatela może nam zobrazować chociażby zakres opieki zdrowotnej i profilaktycznej, a mianowicie bardzo rozwinięta sieć żłobków, Domów Dziecka, różnego rodzaju poradni itd.

Kobieta-matka ma wszelkie dane, by swą pracę dostosować do swego stanu zdrowia, a jednocześnie ma zapewnioną opiekę nad dzieckiem. Każdy obywatel ZSRR, młody czy stary ma zapewnione warunki bytowania i w miarę swych sił wkłada pracę w ogromne dzieło tworzenia komunizmu.

Jak wynika ze słów delegatów — ogromne wrażenie wywarła na zwiedzających stolica — Moskwa. Wspaniałe dzieło rąk ludzi radzieckich — metro moskiewskie, teatry, kina, muzea oraz instytuty naukowe wykazuje ogromny wkład pracy, która nie hamuje swego tempa, lecz ustawicznie zdąża do nowych osiągnięć, by stworzyć na prawdę ideał ustroju społecznego.

Wrażenia te, opowiadane językiem prostym, poruszyły do głębi każdą z nas wywołując ciche pragnienie, które wkrótce zabrzmiało okrzykiem — „my także chciałybyśmy zwiedzić ZSRR!".

Na razie jednak pragnęłyśmy, przynajmniej częściowo, zaspokoić naszą ciekawość, dlatego też zadawałyśmy pytania, na które padały odpowiedzi mówiące o życzliwym i bratnim do nas stosunku ludzi ZSRR, o serdecznym przyjęciu naszej delegacji, o twórczej pracy młodzieży radzieckiej.

Pełne entuzjazmu były nasze skandowane okrzyki na cześć Komsomołu na cześć Wielkiego Wodza proletariatu Józefa Stalina i na cześć naszego Prezydenta Bolesława Bieruta.

Prosta opowieść o swych wrażeniach wyniesionych z ZSRR ob. Olszowy zakończył równie prostą wypowiedzią, która była odźwierciadleniem i naszych myśli.

„Z przyjemnością pozostałbym w ZSRR, gdzie praca i postęp osiągnęły już taki stopień, lecz z jeszcze większą ochotą i nowym zasobem energii wracam do kraju, by właśnie tu zabrać się z zapałem do pracy i wzorując się na osiągnięciach ZSRR — wytrwale dążyć do Socjalizmu!".

Korespondentka szkolna
Krystyna Kińczyk

NA WESOŁO



Panie doktorze, chory sam zasnął. Możemy chyba zaczynać?

KRONIKA

PRZED NAMI PLAN 6-LETNI

Z przemówienia przewodniczącego Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Dr Alfreda Fiderkiewicza, wygłoszonego na V Plenum w dniu 10.IX.1950 r. w Warszawie.

Omawiając na tle uchwał V Plenum KC PZPR oraz V Plenum CRZZ konkretne zadania stojące przed Służbą Zdrowia w ramach Planu 6-letniego Tow. Fiderkiewicz na wstępie swego przemówienia przypomina słowa Prezydenta R. P. Bolesława Bieruta, że *„Plan 6-letni — to program nie tylko gospodarczy, lecz równocześnie ideologiczny, polityczny, społeczno-ustrojowy. Plan 6-letni — to Plan, który stworzy mocne i niewzruszone podstawy nowego ustroju społecznego w Polsce, podstawy socjalizmu".*

Zadania Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Planie 6-letnim są olbrzymie. Wiemy, że na odcinku służby zdrowia mamy wiele braków i niedomagań i, że wiele czasu i wysiłku trzeba będzie włożyć, ażeby podołać potrzebom świata pracy. Nie przypadkowo więc zagadnienie współzawodnictwa pracy w działalności naszego Związku wysunęło się w ostatnim roku na jedno z czołowych miejsc. Nadrzędność tego zagadnienia w aktualnych pracach Związku jest bowiem wynikiem układu warunków gospodarczych, społecznych i politycznych naszego ustroju oraz roli jaka w tym układzie przypada Związkom Zawodowym i całej klasie robotniczej.

Na obecnym etapie przy pomocy współzawodnictwa wyrównuje się — przynajmniej częściowo — niedomagania w lecznictwie i braki w naszych kadrach. Stąd też zadaniem naszym musi być umasowienie współzawodnictwa, tak ażeby objęło wszystkich pracowników służby zdrowia bez wyjątku.

Olbrzymie i porywające zadania Planu 6-letniego zmuszają nas do zwrócenia szczególnej uwagi na zagadnienie tworzenia nowych kadr lekarskich i pomocniczych. W roku 1955 będziemy mieli 17.660 lekarzy w porównaniu z 6.500 w roku 1949, liczba felczerów wzrośnie z 540 do 3.390. W końcowym roku Panu 6-letniego będziemy mieli 40.630 pielęgniarek, przeszło 8.600 położnych i 288.000 ratowników zdrowia PCK.

Jednakże i ten olbrzymi wzrost kadr pracowników służby zdrowia nie zaspokoi jeszcze całkowicie potrzeb świata pracy. Dlatego jest rzeczą ważną planowe rozmieszczenie stojących nam do dyspozycji sił pracowniczych np. w Warszawie czy Krakowie jest stosunkowo duża liczba lekarzy, podczas gdy istnieją miasta, które cierpią na ich poważny brak. Wielu lekarzy wreszcie zajmuje administracyjne stanowiska i nie są w pełni wykorzystani w swoim zawodzie. Wiele gmin wiejskich nie ma w ogóle położnych a w miastach jest ich często za dużo.

Drugą przyczyną nieopanowania sytuacji kadrowej to dotychczasowe rozproszenie lecznictwa i brak koordynacji w gospodarowaniu kadrami. Za mało zwracało się uwagi na polepszenie zdrowia mas pracujących, panował wciąż jeszcze stary styl pracy Kas Chorych, które po macoszemu traktowały chorego. Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia za mało działał, aby stan ten zmienić i nie potrafił narzucić czynnikom administracyjnym swojej współpracy przy planowym rozmieszczaniu kadr, niedostatecznie oddziaływał na swoich członków i nie potrafił wykryć i uruchomić ukrywających się kadr lekarskich.

W realizacji polityki klasowej Służby Zdrowia na obecnym etapie organizacyjnym należy dążyć do zwiększania liczby koniecznych placówek lecznictwa fabrycznego, realizując postulat zbliżenia pomocy lekarskiej do zakładu pracy. Dalszym celem jest polepszenie opieki nad zdrowiem mas pracujących przez zespolenie w rękach lekarza przemysłowego profilaktyki z lecznictwem.

W niektórych wielkich zakładach przemysłowych w Planie 6-letnim przewiduje się zorganizowanie w mniejszym, zakresie lecznictwa zamkniętego i półsanatoriów. W roku 1955 będzie już takich placówek 2.270. Plan przewiduje 3.055 przychodni miejskich i Ośrodków Zdrowia na wsi. Ponieważ jednak w Polsce mamy 704 miasta i 2.993 gminy wiejskie, wynika więc z tego, że zaledwie połowa gmin wiejskich będzie posiadać Ośrodek Zdrowia. Wobec takiego stanu rzeczy trzeba będzie opracować dodatkowy plan, aby z funduszów lokalnych, drogą konkretnych zobowiązań, uzyskać pewną ilość nadliczbowych Ośrodków Zdrowia lub przynajmniej Domów Położniczych.

W roku 1955 liczba łóżek w szpitalach wzrośnie z 89,700 (w 1949 roku) do 129,100 liczba zaś łóżek w sanatoriach i prewentoriach wzrośnie do 55.000. Te imponujące cyfry nie są jednak w pełni wystarczające. Obecnie bowiem mamy 10.000.000 ubezpieczonych, do końca Planu 6-letniego zwiększy się znacznie ilość pracujących, co stawia przed nami olbrzymie zadanie zapewnienia wszystkim dobrej opieki lekarskiej. Dlatego główny nacisk kłaść musimy na ideologiczne i zawodowe szkolenie nowych kadr, na socjalistyczne wychiwanie pracowników służby zdrowia. Trzeba więc, aby nasi partyjni i postępowi profesorowie opracowali plan wychowania i kształcenia kadr, aby nauka nasza wyszła z niewoli medycyny zachodnio-kapitalistycznej i czerpała z radziec-

kich, socjalistycznych doświadczeń, aby zapoznała się z nauką Pawłowa, Miczurina, Łysenki oraz korzystała z podręczników radzieckich. Jednym z czołowych zadań w celu zaspokojenia potrzeb naszego lecznictwa jest sprawa szkolenia nowych kadr felczerskich jako czynnika niesienia pierwszej pomocy w zakładach pracy i na wsi.

W Planie 6-letnim przewiduje się przygotowanie 2.850 felczerów. Wydaje się jednak, że należało by zrobić wysiłek w kierunku podniesienia tej liczby przez przyjmowanie większej liczby kandydatów do szkół felczerskich. W Planie 6-letnim wzrośnie liczba pielęgniarek do przeszło 40.000, a położnych do ponad 2.600. Niewątpliwie i te cyfry zostaną przekroczone, a planowe dokształcanie młodszych pielęgniarek w zakładach pracy wzmocni fachowe kadry pracowników służby zdrowia.

Gwarancją wykonania olbrzymich stojących przed nami w Planie 6-letnim zadań jest wychowanie silnego, uspołecznionego aktywu związkowego, stąd też w ramach Planu 6-letniego przeszkolimy na kursach masowego szkolenia około 30.000 aktywistów. Wyszkolone kadry dopomogą naszemu Związkowi w usprawnieniu pracy w zakładach i przyczynią się do upowszechnienia współzawodnictwa.

W związku z powyższym plan pracy Zarządu Głównego na najbliższy okres przewiduje: wzmożenie akcji inspekcyjno-instruktorskiej w celu podniesienia dyscypliny organizacyjnej Komitetów Współzawodnictwa w Oddziałach i przy Kołach ZZPSZ; dalszą popularyzację współzawodnictwa za pośrednictwem odczytów, prasy, biuletynów i przez szkolenie aktywu współzawodnictwa; upowszechnienie współzawodnictwa międzyzakładowego; popieranie i rozpowszechnianie ruchu racjonalizatorskiego i nowatorskiego.

Duży nacisk położony również zostanie na rozwój akcji oszczędnościowej i systematyczne organizowanie narad wytwórczych we wszystkich zakładach pracy służby zdrowia. Narady wytwórcze bowiem są formą masowego udziału pracowników w rozwiązywaniu zagadnień gospodarczo-usługowych i zarządzaniu zakładami pracy, są wyrazem czynnego udziału pracowników w realizacji planów organizacyjno-technicznych przez usprawnienie pracy, stałe podnoszenie jej wyników i wzmacnianie dyscypliny, są jednym z podstawowych elementów socjalistycznego współzawodnictwa pracy. Narady te mogą i powinny odegrać poważną rolę w podnoszeniu kultury zdrowotnej przez ujawnianie błędów i braków w pracy oraz przez znajdowanie sposobów na ich usunięcie.

Szkolenie pracownic szpitalnych na zawodowe pielęgniarki, przeszkolenie techników dentystycznych i nadanie im tytułu uprawnionego technika, dokształcanie pracowników aptekarskich i nadawanie im uprawnień pomocnika aptekarskiego, szkolenie młodszych pielęgniarek oraz projektowane dokształcanie felczerów — wszystko to są zdobycze, które stały się możliwe dzięki ustrojowi Polski dążącej do socjalizmu.

Tej pracy nie wolno wstrzymać, należy w dalszym ciągu wyszukiwać ludzi do awansu społecznego.

Im lepszy będziemy mieli aktyw, im lepsze będziemy mieli kadry zawodowe, tym łatwiej wykonamy zadania stojące przed nami w okresie realizacji Planu 6-letniego.

Z zagranicy

ZSRR

W Związku Radzieckim projektuje się przyjęcie w bieżącym roku o 42 tysiące więcej kandydatów do szkół średniego personelu lekarskiego. Ze względów propagandowych szkoły te organizują tzw. „dni otwartych drzwi", w czasie których przeprowadza się pogadanki i udostępnia zwiedzanie szkół uczniom i uczennicom, którzy ukończyli 7 klas szkoły podstawowej.

Radziecki Instytut Wydawnictw Lekarskich (Medgiz) przygotował na nowy rok szkolny 16 nowych podręczników dla uczniów szkół średniego personelu sanitarnego.

***

W trosce o zdrowie ludzi pracy i w celu zapewnienia im należytej opieki lekarskiej stale i wydatnie wzrasta liczba pracowników służby zdrowia. Najlepszym tego dowodem jest to, że w pierwszym kwartale roku 1950 liczba lekarzy w szpitalach, liczących po 100 łóżek (przede wszystkim szpitale wiejskie), powiększyła się półtora raza w porównaniu z rokiem 1949. Jest to najważniejszy czynnik, który wpłynie na podniesienie jakości leczenia ludności wiejskiej.

Dla zapewnienia ludności wiejskiej specjalistycznej pomocy lekarskiej, w samym Okręgu Kijowskim skierowano do szpitali wiejskich 239 chirurgów, 133 akuszerów-ginekologów, 75 okulistów i wielu lekarzy innych specjalności.

***

W Gruzińskiej Socjalistycznej Republice felczerzy wiejskich punktów sanitarnych, zaopatrzeni w podręczne apteczki, objeżdżają okoliczne pola w okresie najbardziej intensywnych prac rolniczych, jak żniwa, sianokosy, zasiewy itp., aby — w razie potrzeby — udzielać pomocy lekarskiej. Jednocześnie w każdej miejscowości kontrolują oni warunki sanitarno-higieniczne mieszkań, sprawdzają

czy przestrzega się przepisów o bezpieczeństwie pracy, czy robotnicy mają dobrą wodę do picia itd.

* * *

W Leningradzie utworzono w bieżącym roku specjalne żłobki, do których skierowuje się wprost ze szpitala dzieci po przebytej czerwonce. Świetna opieka, racjonalne odżywianie i właściwy tryb życia zapewniają korzystny przebieg rekonwalescencji i przyspieszają powrót do zwykłych, ogólnych żłobków bez obaw, że wśród dzieci znajdą się nosiciele czerwonki.

* * *

W Rylsku, po połączeniu tamtejszego szpitala z elementami lecznictwa otwartego, przystąpiono natychmiast do uzupełniania kwalifikacji pielęgniarek, pracujących dotychczas w ambulatoriach, które po reorganizacji lecznictwa pracują równocześnie i na oddziałach szpitalnych. Na stałe doszkalanie przeznaczono 3 dni w miesiącu. Kierownikiem naukowym tych kursów jest ordynator szpitala, albo pielęgniarka oddziałowa.

Niezależnie od powyższego w szpitalu istnieje również Koło Naukowe Pielęgniarek, które odbywa swe posiedzenia raz w miesiącu. Na zebraniach tego rodzaju pielęgniarki wygłaszają referaty i biorą udział w dyskusjach.

Na podkreślenie zasługuje także, iż pielęgniarki z własnej inicjatywy specjalizują się w niektórych działach swej pracy zawodowej, np. w ciągu ostatnich 2 miesięcy kilka pielęgniarek wyspecjalizowało się w zakresie fizyko terapii, dzięki czemu można było rozszerzyć tego rodzaju lecznictwo na oddziałach.

FRANCJA

We Francji, łącznie z Algierem i Marokiem, istnieje 105 szkół pielęgniarstwa, w tym tylko 2 dla mężczyzn. 48 szkół prowadzą szpitale powszechne. 32 — Francuski Czerwony Krzyż, zaś 25 — instytucje prywatne.

Szkoły Pielęgniarstwa we Francji dzielą się na dwa typy: jedne przygotowują pielęgniarki do pracy społecznej, inne — do pracy szpitalnej. Niektóre szkoły prowadzą równolegle szkolenie obu typów, przy tym pierwszy rok nauki jest wspólny dla obu typów szkolenia pielęgniarek. Kurs nauki w szkołach trwa 2 lata, internat nie jest obowiązujący, większość szkół nawet w ogóle internatu nie posiada.

Od kandydatek do szkół pielęgniarstwa wymaga się przedstawienia świadectwa dojrzałości, względnie obowiązuje je egzamin wstępny.

W r. 1946 wyszedł dekret regulujący wykonywanie praktyki pielęgniarskiej. Zasadniczy warunek stanowi złożenie państwowego egzaminu różnego dla obu typów szkolenia. Ponadto dekret ten przewiduje wprowadzenie państwowego dyplomu ze specjalizacji w pielęgnowaniu dzieci, który to dyplom można uzyskać po ukończeniu 3-letniej szkoły pielęgniarstwa lub po roku dodatkowych studiów po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa. Podobnie przewiduje się państwowe dyplomy ze specjalizacji w pielęgnowaniu chorych w sanatoriach przeciwgruźliczych i szpitalach psychiatrycznych

Większość szpitali powszechnych obsługują pielęgniarki zakonne, które prowadzą własne szkoły pielęgniarstwa, dla pielęgniarek świeckich pozostają więc jedynie prywatne kliniki, lecznice i pielęgniarstwo przemysłowe.

Obecnie przygotowuje się projekt nowej ustawy dotyczącej pielęgniarstwa, a nakładającej na szpitale obowiązek organizowania szkół pielęgniarstwa z internatem i nowym programem, dostosowanym do aktualnych wymagań medycyny.

CZECHOSŁOWACJA

Od roku 1946 Czechosłowacki Czerwony Krzyż prowadzi szkołę dokształcającą dla pielęgniarek dyplomowanych. Program kursu obejmuje 572 godziny teorii i 1250 godzin zajęć praktycznych. Kurs trwa rok. Absolwentki kursu po złożeniu końcowego egzaminu obejmują stanowiska instruktorek klasowych, których brak daje się dotkliwie odczuwać w Czechosłowacji.

W r. 1949 Szkołę ukończyło 29 pielęgniarek, pochodzących ze wszystkich dzielnic Czechosłowacji, a mianowicie: 15 z Czech, 7 z Moraw i 7 ze Słowacji.

Od założenia Szkoły dyplomy otrzymały 52 pielęgniarki, które objęły kierownicze stanowiska: 24 w szpitalach, 22 w szkołach pielęgniarstwa i 6 w pielęgniarstwie społecznym.

Szkoła ta przyczyniła się do podniesienia i rozwoju usług pielęgniarskich i cieszy się zasłużonym uznaniem.

ANGLIA

W Londyńskim Klubie Pielęgniarek wyświetlono niezmiernie ciekawy i pouczający film naukowy na temat zakrzepowego zapalenia żył i zaczopowania żył. Wyświetlenie poprzedził wykład jednego z lekarzy specjalistów.

Pierwsza część filmu, opracowanego przez dr Shankera z Genewy, zilustrowała przyczyny zakrzepów i zatorów w naczyniach krwionośnych, druga natomiast przedstawiła metody leczenia i sposoby zapobiegania tym schorzeniom. Mikroskopowe zdjęcia naczyń krwionośnych pozwoliły na wytłumaczenie procesu powstawania zakrzepów, które powstają w wyniku zwolnienia prądu krwi, uszkodzenia ścianki naczyniowej i zmian w samej krwi.

Film zobrazował zmianę poglądów, jaka zaszła w ostatnich latach, na sprawę zapobiegania pooperacyjnym zatorom w płucach, a nadto przedstawił nowoczesne metody zapobiegania pooperacyjnym zapaleniom zakrzepowym żył.

Zapobieganie polega przede wszystkim na stosowaniu następujących zabiegów: transfuzji krwi — dla podniesienia ilości krwi krążącej, podawania środków przeciwbólowych — co pozwala na swobodniejsze ruchy ciała, podawania leków pobudzających ośrodek naczynio - ruchowy, ćwiczeń oddechowych, specjalnej gimnastyki i wczesnego wstawania z łóżka po operacjach.

Wymienione wyżej czynniki wpływają na poprawę krążenia krwi. Poza tym niezmiernie ważnym czynnikiem zapobiegającym tworzeniu się zakrzepów jest dążenie do zmniejszenia krzepliwości krwi przez podawanie takich leków jak heparyna, dikumarina itp.